

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

KEISE CORREIA CARVALHO

O SERVIÇO SOCIAL E O ACOLHIMENTO NA SAÚDE MENTAL

**SANTOS
2017**

KEISE CORREIA CARVALHO

O SERVIÇO SOCIAL E O ACOLHIMENTO NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social
Orientação: Profa. Dra. Maria do Rosario
Corrêa de Salles Gomes

SANTOS
2017

C257s

Carvalho, Keise Correia, 1984 -
O serviço social e o acolhimento na saúde mental. /
Keise Correia Carvalho; Orientador: Profa. Dra. Maria do
Rosario Corrêa de Salles Gomes. – Santos, 2017.
160 f. : 30 cm.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) –
Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada
Santista, Curso de Serviço Social, 2017.

1. Serviço Social. 2. Acolhimento. 3. Saúde Mental. I.
Gomes, Maria do Rosario Corrêa de Salles, Orientador.
II. Título.

CDD 361.3

KEISE CORREIA CARVALHO
O SERVIÇO SOCIAL E O ACOLHIMENTO NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social
Orientação: Profa. Dra. Maria do Rosario
Corrêa de Salles Gomes

Aprovação: ____/____/____

Profa. Dra. Maria do Rosario Corrêa de Salles Gomes
Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Silvia Maria Tagé Thomaz
Universidade Federal de São Paulo

Aos meus pais, ao meu esposo Diego, aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos por acreditarem e investirem em mim, pelo cuidado e dedicação que me foi dado, a presença de vocês em cada etapa significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

Dedico também ao meu pequeno anjinho, que do meu ventre me ensinou tantas coisas, que graduação alguma seria capaz de ensinar. Obrigada por existir eternamente em minha vida e pelo caminho trilhado juntos, mesmo que este tenha sido tão breve. Te amo, minha estrelinha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela saúde e sabedoria para superar todas as dificuldades dos últimos anos e conseguir chegar onde estou hoje.

A Universidade Federal de São Paulo e ao corpo docente, pela oportunidade de realizar este lindo curso.

Agradeço a minha orientadora Profa. Maria do Rosario (Marô), pela paciência, persistência, dedicação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho. Agradeço à professora leitora desta monografia, Profa. Silvia Tagé, por aceitar o convite de fazer parte desta obra.

Agradeço as minhas supervisoras de estágio Renata Cordella e Milene Ramalho, assim como toda a equipe de profissionais da SECERPA/Tô ligado e a Sônia Elisabete, da SAFRATER, por contribuírem tanto para a minha construção profissional.

Agradeço de forma especial ao meu pai Edvaldo e à minha mãe Maurília, por não medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante. Sou grata aos meus irmãos Evandro e Quéli, aos meus cunhados Malena e Alberto por emanarem tantas forças e amor que recebi e realmente me fortaleceram. Sou eternamente grata aos meus amados sobrinhos, Davi e Ester, por alegrarem tanto a minha vida, tornando-a mais leve, ao mesmo tempo que me fazem lutar por um mundo melhor por vocês.

Agradeço ao meu amado esposo Diego, pelo amor, carinho, paciência, seus ensinamentos e pela motivação que me dava a todo instante quando fraquejava neste percurso, você faz parte disso.

Agradeço a todos meus amigos e familiares, por confiarem em mim e estarem ao meu lado, compreenderem a minha ausência em muitos momentos sociais deste período. Gratidão à turma 5 de Serviço Social vespertino e aos grupos Tráfico de Karl Marx e SS do Terror, pois a minha passagem pela UNIFESP não seria a mesma se não fosse cada um de vocês. Obrigada por me fazerem pertencer a esse lugar, obrigada pelo apoio, obrigada pelas palavras, obrigada pelo choro, obrigada pelo riso, obrigada pela "zuera", obrigada por fazerem parte da minha história. Tinha que ser vocês, tinha que ser ESSA TURMA!

...todo mundo sabe alguma coisa,
ninguém sabe tudo e a arte da conversa
não é homogeneizar os sentidos fazendo
desaparecer as divergências, mas fazer
emergir o sentido no ponto de
convergência das diversidades.
Ricardo Rodrigues Teixeira

Eis o meu segredo: só se vê bem com o
coração. O essencial é invisível aos olhos.
Os homens esqueceram essa verdade,
mas tu não a deves esquecer. Tu te
tornas eternamente responsável por
aquilo que cativas.
Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Esta pesquisa aborda a importância da atuação do assistente social no acolhimento em saúde mental, seus saberes e sua contribuição, assim como também possibilita reflexões de como o usuário da Saúde Mental é visto pela sociedade e na própria área da Saúde. Apresentamos o conceito de um atendimento humanizado, na perspectiva de que a saúde compreende um equilíbrio do estado físico, mental e social, o que engloba mais fatores do que a ausência de doenças. Por consequência, um olhar ampliado sobre as mais diversas expressões da questão social auxilia na efetivação da promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, aspectos fundamentais para viabilizar o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental. Os assistentes sociais têm um trabalho essencial neste processo, desenvolvendo a intervenção profissional pautada tanto pelo código de ética quanto pelo comprometimento profissional com a efetivação da política social de humanização na saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseada no levantamento documental e teórico sobre os temas agregadores saúde mental, acolhimento e a expressão da humanização neste campo de atenção, articulados à intervenção profissional do Serviço Social neste processo. Buscamos detectar as tendências da produção teórica e, nas referências consultadas para esta pesquisa, não encontramos uma abordagem direta que expresse a atuação do assistente social no acolhimento em Saúde Mental, sendo mais frequente encontrar relatos de ações pontuais dos profissionais do Serviço Social que fazem parte do processo de um acolhimento humanizado conforme preconiza a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isto, detectamos grandes desafios para o Serviço Social, que se referem à necessidade de refletirmos e produzirmos mais discussões e sistematizações sobre o acolhimento, tanto na academia como nos espaços sócio-ocupacionais do assistente social, o que inclui superar o receio pela psicologização da área de conhecimento Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social, Acolhimento, Saúde Mental.

ABSTRACT

This research to approach the importance of the social worker's role in the foster care in Mental Health, its knowledge and its contribution, as well as reflections on how the user of Mental Health is seen by society and in the area of Health. We present the concept of humanized care, in the perspective that health comprises a balance of physical condition, mental health and social condition, which encompasses more factors than the absence of diseases. Consequently, an expanded view of the most diverse expressions of the social issue helps to ensure the promotion, protection, prevention and recovery of health, fundamental aspects to enable the exercise of citizenship and social inclusion of users of mental health services. The social workers have an essential work in this process, developing the professional intervention guided both by the code of ethics and by the professional commitment with the ensure the social policy application of humanization in health. Its about a bibliographical review, based on the documentary and theoretical survey on the themes of mental health, foster care and the expression of humanization in this field of attention, articulated to the professional intervention of Social Service in this process. We sought to detect the trends of theoretical production and, in the references consulted for this research, we did not find a direct approach that expresses the social worker's role in the Mental Health foster care, being more frequent to find reports of specific actions of the Social Service professionals that are part of the process of a humanized reception as recommended by the National Humanization Policy of the Unified Health System (SUS). With this, we detected great challenges for Service Social, which refer to the need to reflect and produce more discussions and systematizations about the foster care, both in the academy and in the labor camp spaces of the social worker, which includes overcome the hesitation of psychologization of the area of Social Service knowledge.

Keywords: Social Service, Foster Care, Mental Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 SAÚDE MENTAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	15
2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	36
2.1 SERVIÇO SOCIAL	36
2.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	48
2.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	51
3 ACOLHIMENTO E AS SUAS INTERFACES	56
3.1 O ACOLHIMENTO NA EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	56
3.2 O ACOLHIMENTO E O SERVIÇO SOCIAL	60
3.3 GRUPO DE ACOLHIMENTO E EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS	64
CONSIDERAÇÕES	72
REFERÊNCIAS	76
ANEXO A – PRODUÇÃO DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA	81
ANEXO B – FICHAMENTO DIRECIONADO	107

INTRODUÇÃO

A motivação para abordagem deste tema de pesquisa “O Serviço Social e o acolhimento na Saúde Mental” se deu devido a nossa experiência no campo de estágio na área de saúde mental, na SEÇÃO CENTRO DE REFERÊNCIA PSICOSSOCIAL AO ADOLESCENTE – SECERPA, que atende adolescentes de 12 à 18 anos com transtornos comportamentais, psicológicos, emocionais, mentais e uso de drogas, integrante dos serviços municipais de saúde da Prefeitura de Santos (SP). Os usuários chegam ao equipamento através do encaminhamento de médicos, do Conselho Tutelar, da Vara da Infância, das instituições de ensino e por iniciativa própria ou da família. Devido ao grande fluxo de atendimentos na instituição, o período de espera pode alcançar até três meses, o que resulta na falta de adesão ou desistência do tratamento, ocupando vagas e tornando o processo e espera ainda maior. Com o intuito de reduzir esta probabilidade constatada, desenvolvemos um grupo de acolhimento inicial, onde após a triagem os usuários são convidados a participar todas as semanas até que o atendimento profissional especializado seja realizado. Neste processo, observamos a importância da estratégia do acolhimento como propulsor preventivo da evasão precoce dos adolescentes ao atendimento especializado deste serviço de saúde mental, assim como seu valor para iniciar o processo de construção e de fortalecimento de vínculos entre o adolescente e os trabalhadores que lá atuam. Somado a esses aspectos, acreditamos na importância de trabalhar o pertencimento dos jovens ao serviço, de planejar e realizar encaminhamentos mais qualificados, otimizando o fluxo do trabalho profissional de toda a equipe.

Outrossim, este estudo e pesquisa visa colaborar com o conhecimento sobre a importância da atuação do assistente social na área da Saúde Mental. Refletir como o indivíduo usuário da Saúde Mental é visto pela sociedade e na própria área da Saúde, onde muitas vezes fragmenta-se o indivíduo nas múltiplas frentes de atendimento interdisciplinar, o que dificulta compreendê-lo na sua integralidade.

Partimos da concepção de que saúde compreende um equilíbrio do estado físico, mental e social, o bem-estar do indivíduo engloba muito mais fatores do que a ausência de doenças. Assim sendo, o profissional de Serviço Social que trabalha com um olhar aprofundado às mais diversas expressões da questão social, auxiliará na

efetivação da cidadania e inclusão social dos indivíduos usuários dos serviços de saúde mental.

A Política Nacional de Humanização do Sistema único de Saúde foi concebida considerando a necessidade de humanização e promoção da saúde, reorganizando os serviços e refletindo os processos de trabalhos nos diversos campos de ação, dispondo-se de linhas transversais que pudessem melhorar a qualidade das ações sanitárias, das condições de trabalho dos profissionais de saúde e da vida dos sujeitos e coletividade (BRASIL, 2004).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde é o acolhimento, que deve ocorrer desde a recepção do indivíduo e/ou família, a escuta ativa e as articulações para atendimento de suas demandas. De acordo com a definição da Biblioteca Virtual em Saúde (2008), “o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes”.

Por sua vez, o Serviço Social integra a equipe multiprofissional da atenção à saúde mental, na qual:

os assistentes sociais atuam na reintegração social dos usuários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Residências Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Suas ações nesses espaços referem-se à natureza da profissão, atuando junto à equipe interdisciplinar na efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o usuário e sua família. Nesse campo, os assistentes sociais são também profissionais da área da saúde. (KNOPP, 2012 p. 38 – 39)

Desta forma, o assistente social utiliza o acolhimento como um instrumento técnico-operativo, fazendo-se valer de suas competências e qualificações adquiridas por sua formação acadêmica, com um olhar crítico, sistemático e problematizador, reconhecendo a realidade de cada sujeito, decifrando suas nuances, para que se possa propor ações que garantam e preservem os seus direitos e enfrentamento das violações dos indivíduos, possibilitando assim, um tratamento humanizado aos seus usuários.

Assim, acreditamos na relevância social desta pesquisa que poderá contribuir sobremaneira com conhecimento parcial necessário para o complexo campo da saúde mental. Isto se apoia na proposta de refletir dimensões da atuação do assistente social

na saúde mental e desta forma colaborar para o aprimoramento das práticas já existentes e instrumentalizar cada vez mais suas ações.

É possível afirmar que o problema desta pesquisa é analisar a contribuição do assistente social no processo de acolhimento em Saúde Mental, na perspectiva da humanização do atendimento em saúde

O interesse em realizar a pesquisa sobre este tema se manifestou a partir de reflexões e inquietações pessoais sobre o papel do assistente social na Saúde Mental e a prática de acolhimento como estratégia na humanização de seus usuários. Para isto, adotamos a pesquisa de natureza qualitativa, de base documental e bibliográfica, sobre o tema agregador 'saúde mental', a expressão da humanização neste campo de atenção articulado com a intervenção profissional do Serviço Social neste processo.

A pesquisa documental e bibliográfica tem o objetivo de detectar as tendências de produção teórica e aprofundar as referências conceituais sobre as áreas de Saúde, Saúde Mental, Serviço Social e Saúde, Serviço Social e Saúde Mental e Acolhimento em Saúde Mental, a fim de compreendermos como estas dimensões articulam-se entre si e podem colaborar no processo de acolhimento dos usuários nos serviços de Saúde Mental, de forma a atender suas demandas integralmente. Desta forma, a pesquisa é fundamental para apreender as mediações históricas e teóricas que são necessárias para conhecer as problemáticas cotidianas, imediatas e emergenciais que se expressam no campo de saúde mental.

A primeira parte da pesquisa se configura com um levantamento de produções sobre o tema, que reflete interrogações sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, as questões operacionais difundidas nos textos pesquisados. Já a segunda parte consiste no tratamento do material encontrado que leva a análise dos dados à sua sistematização para a reflexão e elaboração final do Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao pesquisarmos sobre o tema, utilizamos palavras chaves como: Serviço Social no acolhimento em Saúde Mental, Serviço Social e Saúde Mental, Serviço Social e Saúde, Acolhimento na Saúde Mental, Acolhimento na Saúde, Acolhimento no Serviço Social, SUS e Saúde Mental, HumanizaSUS, Ministério da Saúde. Em um primeiro momento, foram encontrados 44 trabalhos técnicos e acadêmicos que abordam temas

próximos a nossa linha de pesquisa, construídos no período de 2000 à 2016. Este material de referência é composto por livros, dissertações, artigos, monografias, cartilhas e manuais, entre outros. Classificamos estes textos em três categorias de leitura e análise: prioritárias, secundárias e terciárias. A prioritária envolve a temática de forma mais próxima, sendo a base para esta pesquisa, que totaliza 16 textos. À secundária, foram atribuídos 10 textos, que nos fornecem suporte para a pesquisa principal. Na terciária, que eram textos exploratórios de temáticas subjacentes, 18 textos. Dentre todos os textos consultados em nossa pesquisa, não encontramos uma abordagem direta sobre o nosso tema: O Serviço Social no acolhimento em Saúde Mental. Em síntese, trata-se do Anexo A, que representa o conjunto de 85 referenciais teóricos encontrados e que retratam parcialmente, tendências de produção sobre a temática eleita.

Em um segundo momento, construímos uma planilha denominada como Fichamento direcionado, que consiste numa seleção de textos da primeira planilha devidamente analisados e que serviram de base teórica para a construção da monografia (Anexo B).

Além desta planilha, construímos uma terceira considerando momentos históricos estratégicos e mencionados nos achados teóricos, afim de subsidiar as análises demandadas para a construção da monografia em diferentes períodos e contextos sócio-históricos. Devido à extensão deste material, não foi possível trazê-lo como Anexo desta monografia, porém está disponível no link <https://goo.gl/NRcfQH>.

A monografia está dividida em três capítulos. No capítulo primeiro abordaremos sobre a Saúde Mental e a humanização do atendimento”, considerando todas as perspectivas multidimensionais que a englobam como a Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Humanização e etc. O segundo capítulo, “O Serviço Social na Saúde Mental” é composto pelos principais aspectos do Serviço Social na Saúde e o Serviço Social na Saúde Mental, localizando os seus desafios. No terceiro e último capítulo concentraremos o “Acolhimento e as suas interfaces e importância estratégica na Saúde Mental”, neste ressaltaremos o acolhimento na Humanização e Saúde, o Serviço Social no acolhimento e etc.

1 SAÚDE MENTAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Falar de saúde significa considerá-la numa perspectiva multidimensional, isto é, não há uma definição única e universal, a compreensão sobre o binômio saúde e doença é complexa. Considerando reflexões trazidas por autores pesquisados e também pela orientação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), o binômio saúde-doença envolve a dimensão biopsicossocial, na qual as condições biológicas, as condições psicológicas (emoções, comportamento, percepções) e as condições sociais (cultural, socioeconômico, familiar, religião) influenciam no processo e na evolução natural da vida, produzindo ou não qualidade de vida e bem-estar individual e/ou coletivo.

Bredow & Dravanz (2010) afirmam que alguns teóricos preservam a concepção de que a saúde é a ausência de doença, porém outros apontam que o adoecimento envolve além dos determinantes biológicos, outros fatores tais como: sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde entende o conceito de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida do indivíduo; assim, o objetivo terapêutico não é curar doenças mas fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde integra a seguridade social brasileira, ao lado das políticas de previdência e assistência social. O reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito universal de cidadania está contido nos artigos 196 a 200 da Carta Magna, e é importante ressaltar que esta conquista é resultado de um amplo movimento de profissionais, docentes, pesquisadores, trabalhadores, usuários que lutaram a favor da reforma sanitária na direção de uma política de saúde pública aos brasileiros.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o dispositivo constitucional, já aponta para a organização da saúde pública no modelo de um sistema federativo, descentralizado, universal, acolhido na construção e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. O referido marco legal dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e descreve em um de seus artigos que a perspectiva sobre saúde está substanciada como:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

Portanto, a Política de Saúde transcende o binômio saúde-doença, reconhecendo a saúde como processo resultante das condições que determinam, de forma diversa, o modo de vida das pessoas, e também como um direito de todos e dever do Estado. No entanto, nem sempre a saúde foi concebida desta forma.

As primeiras ações do Estado brasileiro, voltadas às demandas coletivas que requeriam respostas de mesmo alcance, ocorreram na década de 1920, proporcionais à pressão da classe trabalhadora que à época clamavam por mecanismos para sua proteção social. O Estado implementa um modelo de seguro social vinculado à contribuição deste trabalhador, de caráter controlador de segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, a fim de disciplinar e conter a pressão da força de trabalho e assegurar sua sobrevivência. A forma de financiamento deste seguro social é tripartite, composta por empregadores, trabalhadores e Estado; porém, recai sobre o trabalhador a responsabilidade maior sobre o custeio do seguro, descontando diretamente do salário somado aos encargos da condição de consumidor de bens e serviços.

Foram implantadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), de caráter corporativo, com a responsabilidade de prover benefícios e assistência médica aos trabalhadores e seus familiares, portanto, de caráter contributivo e não-universal. Na década de 1930, os CAPs são reorganizados na forma de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), então de alcance nacional e sob a administração do Estado. Portanto, o seguro social tem um caráter assistencial e não universalizante, elegendo como público-alvo apenas grupos de assalariados de maior peso econômico e politicamente mobilizados. (COHN; ELIAS, 2005)

Segundo Bravo (2012), o Estado intervém na área da saúde na década de 1930 com a formulação de uma política de saúde dividida em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O setor de saúde pública foi hegemônico até meados de 1960, com ênfase nas campanhas sanitárias, na interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a fundação de serviços para o combate às

endemias. A política de saúde foi se consolidando de 1945 a 1964, com a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias.

Com a industrialização a todo vapor na década de 1950, os recursos arrecadados no sistema previdenciário se ampliam, provocando a regulamentação do seguro social na Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, em 1960, que apresenta a uniformização dos benefícios concedidos pelos Institutos de aposentadoria e pensão, integrando-os em uma estrutura única: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tornando a assistência médica dos seus beneficiários como responsabilidade da Previdência Social. Sob a pressão dos trabalhadores, que exigiam eficiência previdenciária, a LOPS foi decretada, porém, a previdência impossibilitada de atender às demandas devido às características da sua organização. Torna-se cristalizado o vínculo entre a Previdência Social e o processo de acumulação, como afirma Cohn e Elias (2005)

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir da década dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos próprios Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. (MOTA, 2009 p. 92 - 93)

Como observamos, durante muito tempo a saúde no Brasil categorizou a população em dois grupos: o primeiro grupo, composto pelos abastados que tinham condições de pagar pelos serviços privados de saúde, além dos trabalhadores com carteira profissional assinada e seus dependentes, que obtinham assistência médica devido à contribuição previdenciária; o segundo grupo, que não se encaixava neste primeiro, era excluído do atendimento assistencial médico contributivo, sendo que a saúde pública no Brasil priorizava o controle de doenças epidêmicas, dispensando a este grupo a manutenção da força de trabalho.

Bravo (2012) descreve que entre 1964 a 1974, se desenvolveu a base privilegiada da saúde do setor privado, articulado com as tendências da política econômica implantada. Neste período, as principais características foram a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase nas ações medicocurativa norteadas para a

burocratização do setor, criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento da clientela.

Devido ao destaque político conseguido pela Previdência Social, em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e, em 1977, é implantado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social- SINPAS, que separa os benefícios previdenciários e a assistência médica:

A instituição do SINPAS, em 1977, ao separar a parte de benefícios e de assistência médica (aquela passando agora a ser responsabilidade do antigo INPS, antes responsável por ambas, e está passando agora a ser responsabilidade do recém-criado INAMPS) reconhece de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume, como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de barganha e de legitimidade política – até com traços que lembram a época populista. E fica igualmente selada a sorte dos pensionistas e aposentados ou dos que desses benefícios necessitam à parte não iluminada do cenário: submetidos à sorte implacável do raciocínio atuarial: aposentadorias e pensões constituem mais do que nunca questão de contabilidade e não de direito. Nesse sentido, o entrave do gigantismo burocrático e de leis casuísticas, como a acidentária acima referida, tornam-se eficientes para a economia dos recursos previdenciários ao retardar o pagamento dos benefícios. E é exatamente por essa via que se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitores, seguindo, e suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública. (COHN; ELIAS, 2005 p. 25)

Com a medicalização da vida social imposta pela Saúde Pública e pela Previdência Social, a medicina se apropria do modo de vida da população, interferindo não apenas na saúde mas na moral e costumes, nas regras de higiene, sexual, alimentar, habitacional e nos seus comportamentos sociais. O setor de saúde precisou assumir no perfil capitalista, parcerias com a indústria, para que os cuidados em saúde acompanhassem a evolução da sociedade, ou seja, incorporou tecnologias em equipamentos hospitalares e farmacêutica. Diante disto, o aparelho estatal estabeleceu canais de mediação com os burgueses, assumindo assim as consequências políticas, econômicas e sociais geradas pela mercantilização da saúde. Com isto, tornou-se permanentemente tensa a relação da Política Nacional de Saúde com os interesses dos setores da medicina empresarial e estatal para o investimento financeiro mediante as manifestações do movimento sanitário. Mesmo diante dos arranjos na estrutura da política de saúde, predominada pela Previdência Social com medidas assistenciais curativas liderada pelo setor privado, o Ministério da Saúde não conseguiu reverter as contradições do Sistema Nacional de Saúde,

retomando as medidas de saúde pública, porém de forma limitada. Já nos anos 1980, o país vivenciava um processo de redemocratização após duas décadas de ditadura militar e em meio a uma crise econômica, assumiu-se um sistema conservador que não trouxe benefícios à população, como relata Mota (2009):

A saúde nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (MOTA, 2009. p.95)

Até então, percebíamos tímidos movimentos de apenas uma parcela de trabalhadores reivindicando pela melhoria da assistência médica. Observa-se a organização de alguns setores e entidades pela efetivação da política de saúde pública, articulando as discussões em prol de uma sociedade politicamente democrática. O Movimento Sanitarista, que surgiu ainda na década de 1970, ganhou mais força: grupos de médicos e outros profissionais da saúde levantavam debates reivindicando transformações no campo da saúde pública para uma melhoria da vida da população e requeriam a intervenção do Estado nesta defesa. Um símbolo deste movimento sanitário foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Este processo resulta em um plano para a Reforma Sanitária, que defende o direito à universalidade à saúde, sendo a base para a inclusão na Constituição Federal de 1988 dos dispositivos de gestão que deram origem à construção de um Sistema descentralizado e único no país para a saúde pública.

A Constituição de 1988 aponta a seguridade social como um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, assegurando os direitos à saúde, à previdência e a assistência social. O capítulo da saúde (art. 196 a 200) reconhece-a como direito de todos, portanto, universal e de responsabilidade do Estado, apontando a dimensão intersetorial como essencial na articulação entre políticas sociais e econômica para a redução de riscos e agravos à saúde. Prevê como competência do

Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle, sendo a execução compartilhada com organizações de direito privado, devendo ser em caráter complementar, tendo a preferência as entidades filantrópicas e sem fim lucrativos. É importante frisar que a saúde é pioneira na proposição da unidade de um sistema descentralizado, participativo e pautado pela integralidade na atenção, desfragmentando a tendência histórica da atenção por especialidades. Outro fator inédito é apontar para o cofinanciamento de base federativa, já anunciando na lei complementar que indicou a proporcionalidade das receitas que cada ente federado deve assumir. Todavia, a Emenda Constitucional nº 55/ 2016 coloca em risco a sustentabilidade deste Sistema de alcance nacional, uma vez que congela a progressividade do cofinanciamento assegurado à saúde. Conhecida como a PEC do teto dos gastos públicos, subordina os gastos públicos à incidência da inflação do exercício anterior, dentre eles da área da saúde: a tendência será, a partir de 2018, que ocorra uma discrepância entre a progressiva ampliação de demandas pela saúde pública e a incapacidade de alcance de recursos orçamentários para o enfrentamento deste cenário.

Uma das principais diretrizes do SUS é a integralidade no atendimento dos usuários. A integralidade requer um atendimento cujas ações sejam voltadas à promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, devendo assim ser planejadas em conjunto com outros setores e com os usuários, a fim de atender as necessidades destes em sua totalidade.

Reconhecendo, portanto, que a concepção de saúde ultrapassa a simples ideia da ausência de doença e, ainda, que engloba outros fatores para a sua efetivação, a Política de Saúde no Brasil, está organizada, no âmbito de legislação, de forma intersetorial para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento através de uma ação integrada com outras políticas sociais. (BREDOW; DRAVANZ, 2010 p. 232)

Tão importante quanto as políticas públicas contribuindo na intersetorialidade é a estratégia da interdisciplinaridade, na qual múltiplas áreas de conhecimento intervêm com o propósito de um atendimento não fragmentado para o alcance de uma melhor condição de vida. A integralidade no atendimento apenas será efetiva se as ações intersetoriais e interdisciplinares atuarem concomitantemente.

A organização do Sistema Único de Saúde, conforme já mencionado, está atrelada à descentralização, baseada na proposta da regionalização (considerando a

diversidade entre os territórios brasileiros) e na hierarquização da rede de serviços à saúde, relacionada à ordenação dos serviços de saúde de acordo com seus níveis de complexidade. No nível primário, está a Atenção Básica, que é a porta de entrada para o SUS, por meio das Unidades Básicas de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com a perspectiva da promoção, proteção e prevenção à saúde, redução de danos e a reabilitação. No nível secundário (ou média complexidade), são demandados os atendimentos que necessitam de suporte especializado, ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, ambulatórios de especialidades, além do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, que é o serviço de atenção à saúde mental. No terceiro nível (alta complexidade), estão os hospitais de referência e de grande porte com alta tecnologia, assistência ao paciente portador de doenças crônicas, cirurgias de alto risco, assim como outros procedimentos invasivos.

Da mesma forma que a saúde é um processo resultante do modo e condições de vida do cidadão sob uma perspectiva biopsicossocial, este pressuposto cabe na esfera da saúde mental também. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), não há definição única para a Saúde Mental:

Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais. (KNOPP, 2012. p. 18)

A loucura só começou a ser assimilada como doença após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, por muito tempo as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico enfrentavam o preconceito e eram vistas como marginais, eram depositadas em manicômios e submetidas a tratamento sub-humano, sem uma abordagem de alcance à singularidade individual.

No caso da saúde mental no Brasil, a mudança de concepção e de trabalho com o portador de sofrimento psíquico pode ser considerada recente. No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de "vigiar e punir" os "loucos" (Foucault, 1991) como se esta situação fosse um problema de conduta. "Tratavam" os indivíduos como se fossem culpados por sua situação. (BREDOW; DRAVANZ, 2010 pg. 231)

Arbex (2013) retrata a condição em que viviam os pacientes de um dos maiores hospitais psiquiátricos no Brasil, o Hospício de Barbacena, Minas Gerais. Aqueles sem diagnóstico de doença mental eram torturados, violentados e mortos, com a conivência do Estado, de médicos, de funcionários e da sociedade. Pessoas que sobreviveram a uma catástrofe que durou grande parte do século XX, pacientes que estavam lá pelos mais diversos motivos: tristes, epiléticos, desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, meninas vítimas de abuso sexual que engravidaram de seus patrões, esposas internadas para que o marido pudesse morar com a amante, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, os chamados insanos, alguns eram apenas tímidos, pessoas sem documentos, todos os tipos de indesejáveis, na sua maioria internados à força, pelo menos trinta e três eram crianças.

Estimava-se que 70% dos atendidos não sofriam doença mental, decorrente do movimento eugenista¹ que operava na faxina social, libertando a sociedade da “escória”, que sugeriam ameaça à ordem pública, concentrando-os em um espaço invisível à sociedade. Há o relato de um paciente que, de trinta e quatro anos internado, passou vinte e um anos mudo, por que nunca ninguém lembrou de falar com ele. Homens, mulheres e crianças, comeram ratos, beberam água do esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites frias eram colocados na garoa nus ou cobertos apenas por trapos. Ao menos 60 mil pessoas morreram no Colônia, de frio, de fome, de doença, morriam por consequência à aplicação do choque, que à época era considerado tratamento. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. A morte gerava lucros, pois foi apurado que 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para algumas faculdades de medicina do país no período de 1969 e 1980. A história narrada pela autora revela um verdadeiro genocídio, cometido sistematicamente pelo Estado brasileiro.

No ano de 1979, estive no Brasil o psiquiatra italiano Franco Basaglia, precursor da luta pelo fim dos manicômios, quando visitou o Hospital Colônia. Numa entrevista,

¹ Teoria baseada no evolucionismo de Charles Darwin, que seleciona os seres humanos por suas características positivas, acreditando com isso obter o aperfeiçoamento da raça humana.

ele declarou que aquilo era um campo de concentração nazista e que nunca havia visto uma tragédia como aquela. Assim como o Hospital Colônia, ficou conhecida também a história do hospital psiquiátrico do município de Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta (intitulado como “casa dos horrores”) que sofreu intervenção da municipalidade em 1989 devido às técnicas de tratamento absolutamente semelhantes ao cenário do Hospital Colônia. Esta intervenção simboliza o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Diante da histórica hostilidade com este grupo de pessoas com sofrimento psíquico no Brasil, inicia-se um movimento chamado Luta Antimanicomial, que defende os direitos humanos e o resgate da cidadania dos indivíduos com distúrbio mental, pautado pela intenção de promover a reforma psiquiátrica, com o propósito de erguer uma rede de serviços inclusiva, libertária e humanitária. Desta forma, médicos psiquiatras e profissionais da saúde denunciaram ao país as violações sofridas pelos pacientes dos hospitais psiquiátricos, cuja luta progressiva e permanente favoreceu mais tarde a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2013a p.21)

O primeiro CAPS, Centro de Atenção Psicossocial foi criado em São Paulo (SP) em 1987 (CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira), um modelo revolucionário na política de saúde mental. Em 1988, foram eleitos gestores municipais (São Paulo, Santos e Campinas) comprometidos com os desafios do movimento da reforma sanitária, o que foi fundamental para alicerçar o SUS e construir estratégias significativas no campo da saúde mental. Com a criação do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em Santos e o CAPS em São Paulo, confirmou-se a importância dessas experiências na política nacional de saúde mental.

Sob a influência dos trabalhos do CAPS e do NAPS, foi publicada a Portaria do MS nº224/92, que estabelece as diretrizes e normas para a assistência em saúde

mental. Denominados como CAPS/NAPS pela portaria, os serviços foram deliberados como unidades de saúde locais e regionalizadas, que oferecem atenção de média complexidade e atuam como porta de entrada da rede SUS para cuidados no campo da saúde mental. Acolhem os usuários encaminhados por outros serviços de saúde, como a urgência psiquiátrica e da internação hospitalar, devendo ser integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (LUZIO; L'ABBATE, 2006)

Os autores afirmam que a Portaria do MS nº 336/2002 foi implantada, na perspectiva de corrigir limitações da anterior, pelo fato de igualar as experiências do CAPS e NAPS que tinham suas noções teórico-conceituais e técnico-assistenciais diferentes, sem levar em conta suas pluralidades. Desta forma, a nova portaria elege CAPS como a nomenclatura oficial, e estabelece três modalidades baseadas no tamanho/complexidade e abrangência populacional, que possibilite o atendimento dos usuários com transtornos mentais severos em seu território nas categorias de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS são um serviço ambulatorial de atenção diária e devem estar articulados com todas as instâncias de cuidados em saúde mental oferecidas na atenção básica em saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, na rede de ambulatorios, nos hospitais, assim como nas atividades de suporte social como trabalho, lazer, abrigamentos e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos. O CAPS III, maior e mais complexo, funciona 24 horas e é um dispositivo estratégico na mudança do modelo assistencial em Saúde Mental.

Desde 1989, a cidade de Santos passou a integrar à luta pela construção do SUS. A cidade polo da região metropolitana da Baixada Santista, no litoral sul do estado de São Paulo, sofreu historicamente um processo de ocupação irregular, de desigualdades e marcado pela segregação sócio-espacial. Luzio, L'abbate (2006) afirmam que era notória a ausência de projetos destinados às áreas marginalizadas, o crescimento de cortiços e a expansão da ocupação nas áreas de risco e de favelas de palafitas. Uma nova administração municipal estava disposta a implantar uma política urbana integrada, que melhorasse a qualidade de vida da população, reduzindo as desigualdades na ocupação territorial, possibilitando a toda a população as vantagens de um outro patamar de gestão, com melhorias urbanas. Na área da saúde, a busca por adequar as práticas clínicas com as ações de promoção de saúde

foi o desafio enfrentado, mas destaca-se a área da saúde mental, com a implantação de um revolucionário modelo de defesa à vida dos cidadãos. A prefeita à época de Santos, Telma de Souza, juntamente com outros setores da sociedade civil, determinou a intervenção local, baseada em ações que garantissem um ambiente com condições de convivência no hospital: foi proibido todo e qualquer ato ou situação de violência; apropriação de todo o espaço hospitalar pelos usuários e liberação de visitas; cuidados com a atenção à saúde, alimentação e higiene dos internos; o resgate da identidade dos usuários assim como a definição de seu leito exclusivo; recuperar a história de vida dos usuários; assim como reavaliar os diagnósticos e medicações. Com isto, uma nova ordem institucional, uma nova ética, foi instaurada sob um prisma de não-violência e não-humilhação, de mais respeito, mais dignidade e mais liberdade.

Essa nova ética, inspirada, sobretudo, na psiquiatria democrática italiana, passou a orientar a implantação de uma política de saúde mental em Santos. Uma política que se originou na radicalidade, tanto no enfrentamento e confronto de forças (poder público x donos do hospital) como na ousadia de virar “o manicômio no avesso”, de instituir um processo de “negação da própria instituição” e romper com a lógica da exclusão. Em síntese, uma política cuja intervenção possibilitou colocar a doença entre parênteses e estabelecer o contato com a pessoa considerada doente, isto é, com sua existência-sofrimento, inserida no tecido social. Internar não é tratar. Enfim, a luta por uma sociedade sem manicômios (LUZIO; L'ABBATE, 2006 apud NICÁCIO, 1994)

Com o objetivo de propiciar a interação entre os internos e a comunidade, e romper o muro que separava o hospital e a cidade, foram realizadas visitas e intercâmbios na comunidade, festas, passeios, idas ao cinema, exposições e teatro. Para além desse intercâmbio cultural, uma nova estrutura organizacional foi implantada no espaço hospitalar, de modo a acomodar os internos em alas e enfermarias correspondentes às suas regiões de origem na cidade, assistidos por equipes de referência. Tais equipes tinham que conhecer o contexto sócioeconômico-cultural das pessoas internadas, buscando recursos e construindo projetos nos territórios de origem. A partir de então, começaram a construção de novos NAPS. No período de 1989 a 1996, foram construídos cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes, e Serviço de Urgência nos Prontos Socorros Municipais. A experiência santista na área da saúde mental foi um grande marco nacional, baseada em um novo modelo de atenção à saúde mental.

A cidade de São Paulo teve experiências distintas em variadas gestões de governos. De 1982 a 1986 (governo André Franco Montoro), a rede de assistência extra-hospitalar foi ampliada, implantando o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em novos ambulatorios, baseado no projeto de saúde mental de Luiz Cerqueira, implantado em 1973. Na gestão de Mário Covas e com a mesma concepção, a Secretaria de Higiene e Saúde efetivou o Plano Metropolitano de Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com financiamento do Banco Mundial. Esta experiência trouxe muitas contribuições para os serviços de saúde mental inseridos na rede de saúde pública. Com isto, estabeleceu amplas discussões e reflexões críticas a respeito da prática cotidiana das ações e políticas públicas na saúde mental. Foram criados ambulatorios destinados aos usuários com sofrimento psíquico intenso, os Programas de Intensidade Máxima², esse programa foi uma semente na construção do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, inaugurado em 1987. Embora nos governos Quéricia e Fleury, de 1987 a 1994 tenha ocorrido um retrocesso na implementação de uma rede de Centros de Apoio Psicossocial, a experiência do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” continuou promissora e inspiradora da política nacional de saúde mental. Já na gestão municipal da década de 1990, foram criados os Centros de Convivências e Cooperativas – CECCOs, fato que representou uma expressiva contribuição para a estruturação de novos modelos assistenciais em saúde mental, mesmo que este não tenha sido inserido na política nacional de saúde mental. Nos governos subsequentes (Maluf e Pitta, de 1992 a 2000), esse projeto foi desfeito e implantado o Plano de Assistência à Saúde - PAS, no qual a assistência à saúde e saúde mental foram terceirizadas, transferindo a responsabilidade às cooperativas profissionais, sem que os trabalhadores municipais da saúde, em especial da saúde mental, fossem incorporados. Desta forma, as ações voltaram a ser restritas às consultas e aos exames, centradas no modelo medicocurativo tradicional. A gestão da prefeita Marta Suplicy, a partir de 2000,

² O Programa de Intensidade Máxima (PIM) realizava atendimento ambulatorial intensivo com pacientes e suas famílias, buscando evitar a internação hospitalar, numa perspectiva sintônica com a reforma psiquiátrica. Sobre a reforma psiquiátrica desde a perspectiva governamental, ver: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1983). (SCHMIDT, 2013)

procurou reorganizar a saúde do município e implantar a política nacional de saúde mental vigente na cidade de São Paulo.(LUZIO; L'ABBATE, 2006)

O CAPS foi criado de forma a ter uma organização institucional simples, flexível e passível de mudanças, a fim de garantir agilidade e diversidade nas modalidades terapêuticas, e uma prática clínica que contribua compreender a fala do doente como construção de um sujeito social limitado, com as disfunções impostas pelo seu estado de saúde. Logo, o ideal é desfazer o padrão que conduz a um olhar para a doença como um defeito, um distúrbio, que necessita de tratamento que elimine os sintomas, com práticas morais, homogeneizadas e burocráticas. A prática clínica do CAPS, busca propiciar uma rede de sociabilidade que manifeste a esfera terapêutica, busca a criação de dispositivos coletivos que proporcione a fala e escuta ativa, a experiência, a expressão, o fazer e a troca, o despir dos sentidos, a elaboração e tomada de decisão. As intervenções devem ativar várias práticas terapêuticas como a medicação, a psicoterapia, os grupos, as reuniões de usuários, as atividades expressivas, numa abordagem integral do usuário, alicerçadas nos novos conceitos da psiquiatria, e de outras áreas do conhecimento. Luzio; L'abbate (2006) apontam que o fato de ser uma prática nova e a falta de experiência, a equipe do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, encontrou dificuldades na aplicação das ações, como distanciamento entre profissional e usuário e preconceito com os indivíduos que tinham intenso sofrimento psíquico. A ruptura com o modelo médico, o plano de ações hierarquizado, e as competências profissionais em todo o processo terapêutico. Gradualmente a equipe evoluiu entendendo o usuário na sua singularidade, valorizando os projetos coletivos, e reconhecendo o tratamento como uma transformação constante e de longo prazo.

Uma importante iniciativa para o fortalecimento de uma nova perspectiva da saúde mental foi a Associação Franco Basaglia, que contou com a participação de usuários, familiares, profissionais e de outros interessados. A associação começou a desenvolver projetos especiais, articulada com os CAPS, com o objetivo de promover a autonomia e ampliação da clientela, incentivando a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizando a gestão extra clínica da vida dos usuários, e assim, incentivar o exercício pleno da cidadania e difundindo novos valores, conceitos e formas de ver a loucura e efetuar a assistência. (LUZIO; L'ABBATE, 2006)

Na cidade de Campinas ocorreu a construção de um novo modelo de atenção em saúde e de gestão em dois tempos. Desde 1970, o município operava de forma organizada, baseados pelo Movimento Popular de Saúde, o que foi essencial na construção da rede municipal de unidades básicas de saúde, que iniciou em 1976. Na década de 1980, este processo teve continuidade no aperfeiçoamento de um sistema integrado de saúde, em parceria com a Puccamp e Unicamp. A implantação de um projeto assistencial em saúde mental, que priorizava o centro de saúde como porta de entrada, resultou na ampliação das possibilidades de acesso dos usuários, bem como na capacidade de respostas aos problemas de saúde mental da população. Resultou na descentralização dos serviços.

Em 1990, firmou-se uma parceria de co-gestão entre o hospital Dr. Cândido Ferreira e a secretaria municipal de saúde, com o objetivo de superar o modelo manicomial vigente no espaço hospitalar. A princípio, foi feita a reavaliação dos diagnósticos dos usuários, o resgate de suas memórias de vida e a busca ativa de seus familiares, o usuário passou a ser o foco das intervenções terapêuticas. O hospital “Cândido Ferreira” foi reorganizado em quatro unidades- o hospital-dia, a unidade de internação, o núcleo de oficinas de trabalho e a unidade de reabilitação dos pacientes moradores. A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em 2001, constituiu o Projeto de Saúde Paidéia, que apresenta a unificação dos conceitos de saúde e cidadania e tendo como núcleo principal a equipe local de referência do Programa Saúde da Família. Outrossim, a responsabilização pelo cuidado e a ampliação da prática clínica foi priorizado a fim de atender o indivíduo de forma integral, nas dimensões subjetiva e social nos processos da saúde e doença. Buscou-se a aumentar a capacidade resolutiva da rede básica, com a ampliação de ações coletiva na saúde, integrando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. (LUZIO; L'ABBATE, 2006)

Hoje, os Centro de Atenção Psicossocial, os CAPS apresentam caráter aberto e comunitário, contam com equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas. A Portaria sobre os Centros de Atenção Psicossocial, de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que foi republicada em 21 de maio de 2013, organiza as modalidades da seguinte forma:

CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS i.- atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2014)

O marco normativo regulador das atenções na área da saúde mental é:

Legislação SUS - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da

saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009 – Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 – Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Estratégias de desinstitucionalização - Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 – Habilitada tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 – Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações “De Volta para Casa”. Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos.

Legislação Básica de Saúde Mental - Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2005 – Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 – Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 (republicada) – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012

(republicada) – Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros. Portaria nº854, de 22 de agosto de 2012 – Alteração tabela de procedimentos dos CAPS. Nota técnica sobre Portaria 854, de 22 de agosto de 2012 – Informações sobre preenchimento dos novos procedimentos dos CAPS. Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013 – Altera custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS ad III).

Instituição da Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Unidades de Acolhimento – UA - Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (republicada) – Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Nota Técnica sobre a republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 – Esclarecimentos quanto ao funcionamento da Unidade de Acolhimento e modificações da republicação. Portaria nº 855, de 22 de agosto de 2012 – Inclusão de procedimentos, incentivo e custeio de Unidades de Acolhimento (UAs).

Componente Reabilitação Psicossocial - Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social.

Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral - Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral. Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 – Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro. Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 – Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31/01/2012. Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para

a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Construção de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS & Unidades de Acolhimentos – UA - Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 2.495, de 23 de outubro de 2013 - Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA). Portaria nº 3.168, de 20 de dezembro de 2013 - Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA). Portaria nº 3.402, de 30 de dezembro de 2013 – Divulga lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares.

Outras portarias - Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 – Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral. Portaria nº 3.091, de 13 de dezembro de 2013 – Altera a Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, e dá outras providências.

A Política Nacional de Saúde Mental, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental que assegure a humanização no atendimento, o que protege a liberdade de circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas

para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização: Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS foi submetida ao Colegiado do Ministério da Saúde. Trata-se de uma política que pretende colocar em prática os princípios do SUS, construindo transformações no modo de atender e gerenciar a saúde. Uma correlação entre a humanização e a promoção da saúde está na presença ativa dos usuários dos serviços de saúde como co-responsáveis na gestão dos serviços e na construção da clínica ampliada. Humanizar aqui é incluir as diferenças, estimulando várias formas de cuidar e organizar o trabalho.

A Política Nacional de Humanização tem método, princípios, diretrizes e os dispositivos, de forma a assegurar a efetivação do SUS, integrando seu marco normativo: Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, da Rede de Atenção à Saúde, que suscita a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento; Decreto nº 7508 de 28/06/2011, regulamentação do SUS, que trata a humanização do atendimento do usuário como fator para que se cumpra as metas estabelecida na ação de saúde pública; Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Rede de Atenção Psicossocial, que dispõe atenção humanizada e focada nas necessidades das pessoas; Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, que recomenda a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas da Rede de Atenção Psicossocial, que aponta para a criação de um projeto terapêutico singular e acolhimento humanizado; Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde, humanização da atenção, assegurando um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, Rede de Atenção às Urgências, que implanta um processo de acolhimento com a classificação de risco; Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, que define a ampliação do acesso, do acolhimento, da equidade, da humanização e da integralidade da assistência; Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas da

Rede de Atenção às Urgências, propõe o acolhimento e a classificação de risco; Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, dispõe dos princípios da integralidade e humanização; Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Atenção Básica, delibera a integralidade da atenção, da humanização, da equidade, da responsabilização, e da participação social.

Alguns dos princípios norteadores da Política de Humanização, o HumazizaSUS, estão assentadas na perspectiva da transversalidade, que admite as diferentes especialidades e práticas de saúde que trocam experiências entre si e com aquele que é assistido; indissociabilidade entre atenção e gestão, assim como a gestão interfere no modo a atenção à saúde, o usuário e a rede sociofamiliar devem assumir os cuidados com o tratamento de si e dos seus, protagonizando seus próprios cuidados; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, os usuários são incentivados a ampliar sua autonomia e protagonismo na produção da saúde, pois a humanização legitima o indivíduo como cidadão de direitos.

É importante destacar que o acolhimento é um dos conceitos norteadores da PNH, objeto de estudo dessa pesquisa. Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento busca considerar o que o indivíduo traz, como algo legítimo e singular, devendo fortalecer a relação entre a equipe de serviços e o usuário, ser construído coletivamente, apoiado na avaliação crítica dos processos de trabalho, construindo relações de confiança, compromisso e vínculo. (BRASIL, 2013b)

Desta forma o acolhimento implica diretamente nas relações entre o equipamento público e o usuário, tornando-se assim uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes Encontros. (Ministério da Saúde, 2010 p. 6)

O atendimento humanizado preconiza, como afirma Schwingel (2016), que desde a chegada do usuário ao serviço de saúde, é incumbência da equipe ampará-lo integralmente, ouvindo-o e possibilitando que se expresse, atendendo-se as suas queixas, as suas angústias, as suas preocupações, assim como, assegurar uma resposta e articular com outros serviços do campo da saúde para que se possa dar continuidade à assistência necessária.

No terceiro capítulo desta obra, abordamos a temática do acolhimento de forma mais ampla, examinando-a como uma ferramenta fundamental para a efetivação da Política em Saúde, da Saúde Mental e no Serviço Social, endossando o compromisso e a responsabilidade dessas áreas com a concretização do HumanizaSUS. O segundo capítulo aborda as interrelações entre o Serviço Social, como área de intervenção profissional inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho e a Saúde Mental, isto é, a construção do lugar desta área de conhecimento e sua contribuição no cenário da Política de Saúde Mental.

2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

2.1 SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social é uma área profissional inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, “que se constitui na produção e reprodução das relações sociais e tem como seu objeto as diversas refrações da questão social, esta fundante para a profissão”. (IAMAMOTO, 2000)

[...] o trabalho do assistente social tem um efeito nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho. Em outros termos, tem um efeito no processo de reprodução da força de trabalho, que é a única mercadoria que ao ser colocada em ação, ao realizar trabalho, é fonte de valor, ou seja, cria mais valor que ela custou. É ela que está no centro do segredo da criação da riqueza social na sociedade capitalista. E o Serviço Social interfere na reprodução da força de trabalho por meio dos serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalha nas áreas de saúde, educação, condições habitacionais e outras. Assim, o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito a sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas incidem sobre as condições de sobrevivência social dessa população. Então, não resta dúvida de que o Serviço Social tem um papel no processo de reprodução material e social da força de trabalho, entendendo o processo de reprodução como o movimento da produção na sua continuidade. (IAMAMOTO, 2000 pg. 61-62)

Como uma profissão regulamentada exige formação superior qualificada e habilitação no órgão de classe³⁴ para atuação. Está vinculado ao campo da ciência

³O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). O artigo 8º da Lei 8.662/1993, que regulamenta a profissão, estabelece que compete ao CFESS, na qualidade de órgão normativo de grau superior, o exercício das seguintes atribuições: orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de Assistente Social, em conjunto com o CRESS; assessorar os CRESS sempre que se fizer necessário; aprovar os regimentos Internos dos CRESS no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS-CRESS; aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais juntamente com os CRESS, no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS-CRESS; funcionar como Tribunal Superior de Ética Profissional; julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos CRESS; estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados; prestar assessoria técnico-consultiva aos organismos públicos ou privados, em matéria de Serviço Social. (CFESS, 2017)

⁴ O Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) é uma autarquia com personalidade jurídica de direito público vinculado ao CFESS, com autonomia administrativa e financeira e jurisdição estadual. Conforme a Lei 8662/93 tem como atribuições, dentre outras: organizar e manter o registro profissional dos assistentes sociais; fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de Serviço Social; zelar pela observância do Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Regional de Ética

social aplicada, inserida em diversas áreas de atuação, como saúde, assistência social, educação, sócio-jurídica, entre outras. É sustentada por diferentes dimensões da instrumentalidade para o exercício profissional, a teórico-metodológica, a ético-político e a técnico-operativa. A instrumentalidade é uma mediação que possibilita a passagem das ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. (GUERRA, 2007)

A origem desta profissão pode ser observada desde a consolidação do capitalismo, vinculada à filantropia da Igreja Católica, por meio das damas de caridade que ajudavam aos pobres doando alimentos e roupas, e aconselhando-os para que se ajustassem a sociedade.

Como já foi referido, o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalistas madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2000 pg. 23)

Ainda a autora faz apontamentos sobre as transformações que a sociedade capitalista impõe, que resulta na desigualdade social, no qual a concentração e acumulação do capital é detida por poucos e a paulatina produção da miséria restringe-se a maioria da população. (IAMAMOTO, 2000)

Desde o século XVIII, com a ruptura dos sistemas tradicionais de organização da sociedade ocasionada pelas revoluções europeias, iniciou-se um novo modelo de relações sociais que pudesse lhes garantir a sobrevivência. Em consequência disto, foi desencadeado um deslocamento de povoados camponeses que migravam para as cidades em busca de novas oportunidades. Estes eventos serviram como base para estabelecer o modo de produção capitalista, acompanhado dos processos de industrialização e urbanização. A nova organização social da produção e do trabalho, disseminada entre a privatização da riqueza pela classe dominante e o trabalho fragmentado e assalariado pelo proletariado provoca múltiplas expressões da desigualdade de condições de trabalho (exploração da classe trabalhadora), de

sobrevivência, de demandas coletivas pautadas pelo desequilíbrio nas relações de produção e de reprodução social. O Serviço Social se estabelece como ação social da Igreja Católica, mediante a necessidade velada de controlar os conflitos e reduzir as tensões sociais. Organiza-se nas instituições da sociedade, com o propósito de ajudar e assistir de forma benemerente o carente, o deficiente e o socialmente desajustado. (OLIVEIRA; CHAVES, 2017)

O Serviço Social surge como profissão institucionalizada nos anos 1920 após a Primeira Guerra Mundial, em um momento que as expressões da questão social se expandiam. Iamamoto ressalta que "a profissionalização e o desenvolvimento do Serviço Social são fruto do padrão de desenvolvimento do pós-guerra, sob a hegemonia norteamericana, tencionado pela guerra fria, ante as ameaças comunistas". (IAMAMOTO, 2000)

No início do século XX, as transformações e as relações contraditórias pautadas pelo modo de produção capitalista, associado ao processo histórico de colonização dos países da América Latina, configuram-se como fatores determinantes para a questão social latino-americano ser pautada pela profunda desigualdade social, entre aqueles que detêm os meios de produção e a imensa maioria que vivem de sua força de trabalho. Diante do cenário do qual as relações contraditórias da produção social pautavam as condições de vida, demandas coletivas exigiam respostas do Estado, pois a sociedade civil por meio de suas ações filantrópicas e benemerentes já não respondiam a intensidade destas demandas coletivas. Diante desse contexto social latino-americano, a exigência por respostas dotadas de uma profissionalização e de um conceito técnico apurado, começa a se configurar como determinantes para a criação das primeiras escolas especializadas em Serviço Social na América Latina.

A Sociedade Brasileira de Higiene⁵, fundada em 1923, abria o caminho ao Serviço Social na perspectiva de uma ação essencialmente educativa

⁵ Em menção o que a autora diz sobre Sociedade Brasileira de Higiene, encontramos a referência com a seguinte nomenclatura " Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Ela foi fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, e tinha como objetivo a elaboração de programas de higiene mental baseados na noção de prevenção eugênica. Segundo seus estatutos (ABHM, 1925), a Liga foi reconhecida com os seguintes fins: prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e, em especial, do sistema nervoso; proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos,

individual e coletiva no âmbito da saúde pública, visando a prevenção de doenças de massa, nas trilhas de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e outros. Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde e, mais tarde, o Serviço Especial de Saúde Pública. (IAMAMOTO, 2017 p. 24)

O Serviço Social ainda enquanto uma ação voluntária para atuar diante das diferentes expressões da questão social, vinculado à Igreja Católica, é influenciado pelo modelo italiano e francês de uma ação social benemerente. Em 1932, foi criado o Centro de Estudos e Ação Social – CEAS, ligado a Igreja Católica na perspectiva de uma formação técnica e especializada para esses trabalhadores, ainda como consequência desta iniciativa, em 1936 foi fundada a primeira Escola de Serviço Social, ligada ao CEAS e consequentemente também à doutrinação social da Igreja Católica. A segunda escola brasileira foi inaugurada em 1937, na PUC do Rio de Janeiro, seguida da abertura da terceira escola em 1940 na cidade de Recife.

O Serviço Social desenvolve-se após a Segunda Guerra Mundial nos chamados “trinta anos gloriosos”, que marcaram uma ampla expansão da economia capitalista. Sob a hegemonia o capital industrial, inspirada no padrão fordista-taylorista, a produção em massa para o consumo de massa dinamiza a acumulação de capital, gerando excedentes. Parte dos mesmos é canalizada para o Estado no financiamento de políticas públicas, contribuindo para a socialização dos custos de reprodução da força de trabalho. A política keynesiana, direcionada ao “pleno emprego” e à manutenção de um padrão salarial capaz de manter o poder de compra dos trabalhadores, implicou o reconhecimento do movimento sindical em sua luta por reivindicações políticas e econômicas. Permitiu, assim, que famílias pudessem aplicar sua renda monetária para consumir e dinamizar a economia. Ainda que não se possa falar de um Welfare State consolidado no Brasil, a prestação de serviços sociais públicos foi expandida, criando condições para a constituição de um mercado profissional de trabalho e de institucionalização da profissão. (IAMAMOTO, 2017 p. 24 - 25)

Em 1946, foi criada a Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social, a ABESS, dez anos após a criação do primeiro curso de Serviço Social no Brasil. O primeiro Código de Ética do Assistente Social foi desenvolvido em 1947, demasiadamente inspirado nos valores cristãos, sem suporte jurídico e estatal, com a

particulares ou fora deles; realização de um programa de higiene mental e de eugenia no domínio das atividades individuais, escolares, profissionais e sociais. Se preceitos higienistas e eugenistas estiveram presentes na Lei Magna, a prática social estava, então, impregnada por essas idéias, que adentravam todas as esferas da vida cotidiana, tais como a educação, o trabalho e a família. A escola, como local de ensino também da higiene, deveria estar orientada para a defesa social contra as patologias, a pobreza e o vício, que se alastravam pelo país. Os higienistas pretendiam ter na escola alunos amáveis, conscientes do seu dever, para uma comunhão social equilibrada. (MANSANERA; SILVA, 2000)

intenção de nortear a prática e reconhecer o Serviço Social como profissão. A prática profissional deveria estar alicerçada em uma formação moral com base nos ensinamentos da Igreja, para que a ação educativa fosse efetiva de acordo com a visão do Serviço Social. A formação era doutrinária balizando-se em reuniões que tinham o propósito de aprimorar o raciocínio e motivar o sentido social. No entanto, o exercício dos estudantes era analisar os problemas sociais buscando as possíveis respostas utilizando o modo de ver, julgar e agir baseados em conceitos cristãos. Baseados na caridade religiosa, e na intervenção ideológica de caráter assistencialista, a perspectiva era o enquadramento dos pobres e carentes.

O Código de 1947 baseia-se em princípios e diretrizes fundamentados na moral e ética, desvinculado dos processos sociais e históricos. O assistente social em sua prática profissional não apenas ajudava materialmente, mas auxiliava os indivíduos tidos como desajustados. Diante disto, a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social promovia convenções anuais, pautando sistematicamente a formação dos assistentes sociais. Entre as décadas de 1940 e 1950, ocorreram intercâmbios com escolas norte-americanas, e as referências bibliográficas, de cunho positivista/funcionalista contribuíram para a nova concepção e orientação formativa defendida pelo Serviço Social brasileiro. Foram incorporadas, também, métodos e técnicas adotadas pelas escolas norte-americanas, sem qualquer adequação ou análise crítica face à singularidade da realidade brasileira.(OLIVEIRA; CHAVES, 2017)

Iamamoto (2017) menciona que o Serviço Social brasileiro, sob forte influência do modelo norte-americano, adotou a teoria sistêmica e funcionalista que se estruturava no método de trabalho de caso, de grupo e de desenvolvimento de comunidade.

O método de trabalho de caso tem como perspectiva promover um equilíbrio entre o indivíduo e a sociedade, buscando adaptá-lo à comunidade onde vive e aos serviços por ela ofertados. O método de trabalho de grupo foca na resolução dos problemas individuais, do grupo e comunitários, partindo de uma lógica de grupos com situações semelhantes, uma prática muito utilizada na psicologia, aderida então na atuação dos profissionais assistentes sociais. O método de desenvolvimento de comunidade defende a proposta de incentivar o protagonismo das pessoas daquele espaço à organização, detecção e sistematização de suas necessidades, bem como encaminhamentos necessários para sua resolubilidade, com o propósito do bem-estar

coletivo, superando a condição de subdesenvolvimento do país, forte herança do processo de domínio colonizador de séculos.

O Serviço Social brasileiro e o Serviço Social latino-americano protagonizaram fortes interações devido à coesão em relação às mesmas bases teóricas e pela singularidade de processos sócio-históricos. No entanto, este diálogo foi interrompido ao final da década de 1960, retomado posteriormente, diante de uma nova conjuntura do regime de ditadura militar instaurado em 1964 no Brasil e os conflitos ditatoriais em outros países da América Latina. Isto contribuiu de forma significativa à atuação de assistentes sociais brasileiros em organizações como a Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social/ALAETS, que depois se tornou na Asociación Latinoamericana de Investigación y Enseñanza en Trabajo Social/ALAIETS.

No período de 1965 a 1975 ocorre um marco importante no Serviço Social na América Latina: o movimento de reconceituação, impulsionado pela intensificação das lutas sociais no continente que se refratavam na universidade, nas Ciências Sociais, na Igreja, nos movimentos estudantis, com nítidas particularidades nacionais. Recusa a importação de teorias e métodos alheios à nossa história, na crítica aos fundamentos das abordagens de Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade. De base teórica e metodológica eclética, esse movimento foi, inicialmente, polarizado pelas teorias desenvolvimentistas, e no início da década de 1970 ocorrem as primeiras aproximações do Serviço Social à tradição marxista, a partir de manuais de divulgação. (IAMAMOTO, 2017 apud IAMAMOTO, 2007, 2015, 2016 p. 25)

Durante a ditadura militar no Brasil, a determinação de converter a ciência em uma técnica social e o empenho em aprimorar os métodos para implantar programas sociais que neutralizassem a identificação com a repressão, o arrocho salarial, a falta de mobilização às políticas de classe e profissionais, acabou vitimando muitos assistentes sociais pelo Estado repressor. Estes profissionais foram submetidos a prisões ilegítimas, sofrendo torturas, muitos foram exilados e julgados por tribunal de militares que seguiam a expressão máxima do terrorismo estatal, apoiados pela Lei de Segurança Nacional instaurada à época. Muitos profissionais, diante desta conjuntura, apenas reproduziam as orientações do conservadorismo a favor do grande capital. No entanto, a movimentação de uma parcela de profissionais, resistindo ao terrorismo do Estado, resultou na reformulação do campo de lutas dos assistentes sociais.

O período de vigência da reconceituação coincide com a vigência da ditadura militar no Brasil (1964-85), fazendo com que o nosso debate assumisse outras tonalidades e recebesse distintas influências, especialmente do vetor

modernizador e tecnocrático, combinado com extratos da filosofia aristotélico-tomista no âmbito dos valores e princípios éticos, expresso nos Documentos de Araxá e de Teresópolis. Ou, nos termos de Aquin (2005), uma “reconceituação conservadora”. Mas o país dispunha, nesse período, de um polo de resistência a essa vertente modernizadora, liderado pela Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais (ESS/UCMG), integrado aos rumos do movimento de reconceituação latino-americano, tal como se expressou nos países de língua espanhola. É considerada por Netto (1991) como a formulação inicial e mais abrangente da vertente profissional no pós-1964, qualificada por ele de “intenção de ruptura” com as marcas conservadoras e modernizantes do Serviço Social brasileiro. (IAMAMOTO, 2017 p. 26)

As lutas sociais na América Latina que resistiam nas universidades, nos movimentos estudantis e na Igreja, influenciaram no movimento de Reconceituação do Serviço Social. Com o avanço crítico às teorias e métodos do Serviço Social de caso, de grupo e de desenvolvimento de comunidade, introduzidos anteriormente sem aporte histórico, a proposta foi rejeitá-los como estratégias instrumentais de atuação do assistente social.

Em virtude da regulamentação da profissão em 1965, das modificações ocasionadas devido a conjuntura do país e pela reformulação da metodologia e teleologia do Serviço Social, o Código de Ética foi reformado. Este novo código institui valores liberais e princípios da democracia e justiça social, embora tenha um viés de modernização conservadora, ainda impregnado pelos preceitos da burguesia e da Igreja Católica.

Oliveira e Chaves (2017) apontam que o Seminário de Araxá, realizado em 1967 e promovido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbios de Serviços Sociais foi um marco na história da profissão. A pauta era sobre o movimento para as novas transformações do Serviço Social; embora existisse aqui o ensaio para a reorientação da profissão, ela manteve-se tradicional mesmo diante de novas perspectivas. O movimento que foi chamado de Reconceituação traçou uma teoria a fim de normatizar os objetivos, funções e adequação das metodologias, reiterando a promoção à evolução humana. Neste período, muitas escolas de Serviço Social são incorporadas por universidades públicas, o que expande o conhecimento e propicia intercâmbios entre docentes e discentes.

A formação do assistente social visa uma diversidade profissional, tem uma complexidade prática e teórica, ela deve ser embasada nas percepções crítica da sociedade alcançadas com a integração de disciplinas das ciências sociais na grade

curricular do curso. A renovação do Serviço Social aponta três perspectivas, a modernizadora, a de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

Como descreve Viana, Carneiro e Gonçalves (2015), a perspectiva modernizadora prospera em um período em que o tradicionalismo da profissão estava em crise. Sua maior expressão foi a adaptação das práticas profissionais às demandas que estavam subordinadas ao momento sociopolítico, resultante do golpe militar. Esta perspectiva se ajusta ao governo com uma estrutura funcionalista, procurando instrumentalizar-se com técnicas que interferissem na sociedade. O auge da perspectiva modernizadora foi nos documentos dos seminários de Araxá, em 1967, e de Teresópolis, em 1970, nos quais nota-se o cuidado dos profissionais com o aprimoramento dos instrumentais operativos, metodológicos e técnicos. O primeiro mantém o Serviço Social tradicional com novas bases em um perfil sociotécnico, já o segundo prioriza o modernismo frente ao tradicional, e o embasamento operacional. A última fase desta perspectiva aconteceu nos seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista, quando a cientificidade, a fenomenologia e a dialética foram largamente discutidas.

A perspectiva de reatualização do conservadorismo compreende a retórica de ruptura, mantendo os avanços já conquistados. As práticas profissionais anteriores são otimizadas pelas alterações com o novo perfil do Serviço Social, preservando o caráter crítico. No entanto, nesta perspectiva o conservadorismo é reatualizado, construindo ambiente para as inovações, para a modernização do conservador. Nesta vertente, a base conservadora ainda não é aniquilada, pois o seu propósito era reformista.

Por fim, a perspectiva de intenção de ruptura visa romper com o Serviço Social tradicional e conservador em absoluto, recorrendo ao ideário marxista. Esta nova base foi construída com a intenção de romper o vínculo com o bloco de poder, adquirindo um caráter opositor à ideologia dominante e conservadora. Esta perspectiva se subdivide em três momentos: o primeiro é da emersão, no qual profissionais tentam romper com o plano teórico-metodológico, o caráter interventivo e a formação profissional tradicionalista, com a criação do Método BH, que teve origem na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. O segundo momento foi a de consolidação acadêmica, com a apropriação da teoria marxista na academia, considerando uma possível transformação social. A dispersão da categoria

profissional foi o terceiro momento: aqui, os assistentes sociais da época se dispersaram, devido a interpretação superficial feita sobre a perspectiva da teoria marxista, o que provocou uma noção de que o profissional era um ser revolucionário, mesmo que seja sim um agente transformador da sociedade.

Portanto, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social aspira um projeto de grande transformação, com a ruptura ao conservadorismo e as novas concepções de teoria, metodologia, técnicas e práticas manifestam-se de forma mais assertiva, pautadas e ancoradas em elementos do contexto sócio-histórico e político da realidade brasileira. O Código de Ética de 1975 expressa as perspectivas modernizadora, de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura, porém, seu teor não é suficiente para os dilemas elementares da profissão. O histórico de lutas e a insatisfação desde a metade da década de 1960 ratificam que o Código de Ética de 1975 já não atende às demandas e anseios da profissão.(OLIVEIRA; CHAVES, 2017)

Diante da conjuntura política e profissional no Brasil, na proeminente crise da ditadura, em 1979 é realizado o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais. O tema era “Serviço Social e política social” e este evento foi um símbolo no progresso da mobilização e politização dos profissionais de Serviço Social, reativando, inclusive, os movimentos sindicais em todo país. Este evento ficou conhecido como o “Congresso da Virada”.

A mudança de orientação ético-política do Serviço Social, a partir desse congresso, o coloca como parte integrante da classe trabalhadora e da sua luta, que reivindicam por mudanças sociais que possibilitem a emancipação humana. A construção do projeto ideopolítico e teórico-metodológico da profissão se deu com a aproximação com o ideário marxista. A consolidação do Serviço Social eclodiu desde então, como profissão na divisão sociotécnica do trabalho, com especialização do trabalho coletivo, intervindo nas expressões da questão social, em refrações da desigualdade social predominante na história de nosso país. A adoção do pensamento marxista passa a balizar as análises e práticas profissionais.

A redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980 é cenário para uma nova direção e reorientação no campo do Serviço Social. A conquista de uma hegemonia na categoria levou à construção do projeto ético-político do Serviço Social, que concentra orientações para a formação e a intervenção profissional. Nele, a

liberdade é reconhecida como valor central, somado ao compromisso com a autonomia, a emancipação e a luta permanente por uma nova ordem social. Suas dimensões são: a política, que luta pela equidade e justiça social; a produção de conhecimento, que sistematiza as modalidades práticas da profissão; a dimensão político-organizativo, representada por entidades da categoria; e a dimensão jurídico-política, que obtém um aparato político e jurídico próprio da profissão, como o Código de Ética (1986) e a Regulamentação da profissão, pela Lei No 3.252, de 27 de agosto de 1957, atualmente revogada pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

Pode-se afirmar que este novo Código é um marco, na medida que insere o profissional na luta de classes e no seu contexto histórico, considerando-o como integrante dos processos de exploração da força de trabalho e protagonista para sua superação. Neste mesmo ano, inicia-se a reformulação da Carta magna brasileira, pela via da Assembleia Constituinte, marcada pela dinâmica participativa e de mobilização de movimentos sociais de luta para a garantia de direitos humanos e sociais, que culmina na aprovação da Constituição Federal de 1988, a constituição cidadã. Pela primeira vez, a Constituição reconhece como o principal sistema público responsável pela proteção e segurança social dos cidadãos a Seguridade Social, composta pelas políticas públicas de saúde, previdência e assistência social.

Grandes progressos para a efetivação de direitos dos cidadãos, previstos na Constituição de 1988, estão nas leis regulamentadoras e instituídas nos anos seguintes, que vem de encontro também com os ideais da profissão do Serviço Social. A seguir apresentaremos algumas destas significativas leis.

A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, além da criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Em seu primeiro artigo, ela prevê que, ficam estabelecidas normas gerais que assegurem o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências, e sua efetiva integração social, nos termos desta Lei.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta lei prevê que em cada esfera do governo, a gestão do sistema conta com instâncias colegiadas, à exemplo das Conferências de Saúde, que são eventos bienais nos quais participam

vários segmentos da sociedade e do governo, a fim de avaliar e propor novas diretrizes à política de saúde. Outro importante instrumento para a deliberação democrática da política de saúde é o Conselho de Saúde, nas três instâncias federativas, composto por representantes do governo, trabalhadores e usuários, que atuam na criação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. A Lei nº 8.080/90, que já foi referenciada anteriormente nesta obra, regula a implantação do SUS no Brasil.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, instituído pela Lei nº 8.069/90, tornou-se referência na área de direitos infantis e da juventude no mundo inteiro, regulamenta o dispositivo constitucional (art. 227) que prevê que, a todas crianças e adolescentes deve ser garantida a proteção integral pela família, sociedade e Estado, como seres em condição especial de desenvolvimento e sujeitos de direitos.

A Lei nº 8.213/91 refere-se à Previdência Social, e tem por fim assegurar aos seus beneficiários, mediante contribuição prévia, meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei nº 8.742/93), define em seu primeiro artigo que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado. É Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. A efetividade desta política é fundamental na luta pela superação da exclusão social e no enfrentamento da desigualdade social. A regulamentação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) assegura um salário mínimo como benefício assistencial à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Em 13 de março de 1993, foi instituído o novo Código de Ética do Assistente Social que veio aperfeiçoar o código anterior (1986), e este é o código vigente da profissão. Nele os princípios fundamentais da atuação profissional em defesa da equidade, da justiça social e dos direitos humanos são ratificados. Este Código de Ética, tem como princípios fundamentais:

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;

IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;

X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Os aspectos fundamentais do projeto ético-político orientam o comprometimento profissional com estratégias de ruptura ao conservadorismo, atribuindo um novo

caráter às ações profissionais e conferindo legitimidade à categoria. No entanto, a complexa conjuntura na qual os assistentes sociais atuam no cotidiano do exercício profissional, atesta que inúmeros desafios deverão ser superados ainda pela defesa intransigente dos direitos humanos.

Dentre as lutas incorporadas na intervenção profissional deste cotidiano, está a resistência à ameaça de desmonte e redução do alcance das políticas sociais brasileiras, impulsionadas por propostas de emendas constitucionais e outros mecanismos legais que, aprovados, alteram e desfiguram as garantias indeclináveis de direitos humanos e sociais a todos os brasileiros previstos na Constituição brasileira. Para além da PEC de contenção de gastos da administração pública, mencionado no capítulo anterior, as leis federais nº 6787/2016 e 13429/2017 comprometem a consolidação dos direitos trabalhistas, somado às ameaças que a PEC 297/2016 (em fase de análise pelo Congresso nacional) traz para a área da previdência social.

2.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O Serviço Social, no campo da saúde, tem o seu período de destaque entre 1930 e 1979, implementando, desenvolvendo e alterando as políticas de saúde no Brasil.

Bravo (2012) afirma que um fator importante para a inserção do assistente social na área da saúde, desde a década de 1930, foi o modelo adotado para a configuração de uma política nacional de Saúde no Brasil pautado por investimentos na assistência médica, prioritariamente através da previdência social. De caráter predominantemente contributivo, excludente e seletivo, este modelo gerou uma demanda que os serviços não suportavam, convocando a atuação do profissional de Serviço Social com o intuito de possibilitar o acesso dos usuários aos serviços públicos, na mediação entre a instituição e a população. O Serviço Social Médico, como foi nomeado, atuava com o método de Serviço Social de caso, por meio de estratégias como o plantão social, a triagem ou seleção, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientação previdenciária.

A autora mencionada afirma que o Serviço Social na década de 1980 apresentou mudanças na sua postura crítica e na articulação com outras áreas de conhecimento que atuam na saúde, porém, esses avanços foram tímidos, chegando à próxima

década de forma desarticulada com o movimento da reforma sanitária. No âmbito acadêmico, a profissão busca produzir conhecimentos e estratégias na área da saúde. O debate do Serviço Social na Saúde tem como referência o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político da profissão, e a intervenção profissional vincula-se às falhas decorrentes do processo de implementação do SUS.

Assim, compreende-se que cabe o Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003). Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. (BRAVO, 2012)

O cenário no qual ocorre a intervenção do assistente social na saúde é complexo e contraditório, na medida que convivem a condição do Estado responsável pela dimensão pública da saúde e a regulação da mercantilização da saúde, através da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos biomédicos, somada à relação com as necessidades e demandas de seus usuários. Desta forma, trazer respostas às demandas impostas em seu exercício profissional são tão complexas quanto a relação desta conjuntura.

As ações do Serviço Social na saúde ocorrem em diversos equipamentos, adotam características de caráter emergencial, assistencial, educativo, atividades de informação e comunicação em saúde, planejamento, assessoria, mobilização e participação social. Como descreve Mota (2009), a forma de operacionalizar estas atividades são:

- Levantamento de dados - busca sistematizar informações referentes ao usuário e sua família ou grupo de referência. O objetivo é conhecer os fatores que podem interferir no processo da saúde/doença, no seu diagnóstico e no tratamento, assim como identificar a condição da família, cuidadores e responsáveis, para juntos alcançar um diagnóstico e tratamento. A perspectiva que o assistente social tem sobre a saúde está na concepção referida no SUS, como também, na análise da condição real desta população usuária. O trabalho do profissional aqui se articula com os demais profissionais da equipe, a fim de propor alternativas e redução de danos.

- Procedimentos de natureza socioeducativas, informação e comunicação em saúde - independente da fase e do tipo de atendimento ofertado nas diferentes unidades de saúde, o profissional realiza atividades com o propósito de educar, informar e comunicar orientações sobre saúde. Realiza encaminhamentos individuais ou coletivos, promovendo eventos e espaços para discussões, sugestões e reclamações. Para que esta atividade seja efetivada, o assistente social necessita conhecer a legislação social vigente, tal como o ECA, LOAS, CLT⁶, a Previdência Social. Embora outros profissionais contribuam nesta atividade, o maior responsável por ela é o assistente social, visto que a mobilização da população e tudo o que isso envolve, é de sua competência.
- Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial - as ações profissionais do assistente social são direcionadas a tomar providências de múltipla natureza, com vistas a possibilitar o acesso de parcelas da população excluídas do próprio serviço existente.
- Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político - nesta atividade o profissional organiza, assessora e realiza cursos, palestras, oficina de trabalho, entre outros, com o intuito de articular os diversos saberes entre os profissionais e a comunidade. Com este trabalho, é possível a implementação, a reestruturação e a efetivação do funcionamento dos conselhos gestores das unidades, do distrito e do município. Embora seja mais frequente nas unidades básicas de saúde, é um recurso também utilizado em outros níveis de atendimento da saúde.

Segundo Faleiros (2013), o Serviço Social é concebido como uma ciência prática, não só pelo acúmulo de conhecimentos, mas pela forma de analisar e refletir. Na produção do conhecimento, há uma integração entre a teoria e técnica, que passa pela práxis e a reflexão para a ação, considerando o contexto social, dispositivos da tecnologia, poder, reconhecimento institucional e prático, mediação do saber e trabalho profissional. Faleiros (2011) afirma que a atuação do assistente social tem um papel central, na medida que interage com os grupos populares, conhece suas

⁶ Estatuto da Criança e do Adolescente; Lei Orgânica da Assistência Social; Consolidação das Leis do Trabalho

estratégias, seus líderes, seus locais de reunião, seus problemas, suas falhas e suas possibilidades. Ao mesmo tempo, está dentro de um espaço institucional, pautado por normas e regras próprias que podem provocar uma intervenção subordinada e de autonomia relativa.

Como podemos observar, a atuação do assistente social na área da saúde desempenha papel essencial para a promoção, proteção e recuperação da saúde, na luta por assegurar o acesso universal e igualitário e deve ser orientada por um atendimento não fragmentado de tal forma que possa articular um trabalho interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional.

2.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é uma área de intervenção do assistente social. Nicacio e Bisneto (2013) sugerem dois aspectos que envolvem a atuação do assistente social na saúde mental. O primeiro refere-se à legislação psiquiátrica brasileira que tem como objetivo a reabilitação social. Sendo assim, o comprometimento profissional dos assistentes sociais na reinserção deste indivíduo está na defesa intransigente dos direitos sociais, vinculado ao projeto profissional que contemple a ampliação e consolidação da cidadania e democracia. O segundo diz respeito às contradições entre a perspectiva da política de saúde mental e as políticas neoliberais do Estado brasileiro. Com isto, considera-se os seus impactos e obstáculos para a inserção do sujeito no mercado de trabalho, o alto custo para aquisição de moradias e possibilidades para uma vida digna, fatores que, somados, reduzem as chances de sua reintegração social. Os autores seguem afirmando:

O Serviço Social está na saúde mental do Brasil por duas razões muito articuladas entre si. A primeira são demandas do sistema formado pela previdência, pela saúde, e pela assistência social, desde o tempo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), passando pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) até chegar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Visa aí a resolver as contradições sociais impostas pelo sistema, originalmente com a incorporação dos trabalhadores à previdência do INPS (décadas de 1960 e 1970) e atualmente com a universalização dos direitos sociais (década de 1980 em diante). A segunda relacionada com a necessidade de atuar nos aspectos sociais que o tratamento psiquiátrico demanda, a partir de uma visão trazida pelo movimento de reforma psiquiátrica do mundo ocidental, cuja abordagem da saúde mental entrelaça aspectos biológicos, psicológicos e sociais, havendo nesta última dimensão eixos importantes para a reabilitação psicossocial (NICACIO & BISNETO, 2013 apud BISNETO, 2007)

Pereira e Guimarães (2013) reiteram que a questão social na saúde mental se expressa desde a exclusão da pessoa com transtorno mental do convívio social e do sistema produtivo. Isto se deve ao estigma, construído historicamente, associado à sua identidade como pessoa perigosa e incapaz, principalmente na sociedade do capital.

O Serviço Social ampliou seu espaço na saúde mental com a Reforma Psiquiátrica. Com sua formação norteada sob uma perspectiva histórica, social e política, que viabiliza a intervenção de forma efetiva nas expressões da questão social, o profissional orienta os pacientes como cidadãos de direito.

No espaço destinado ao Serviço Social, sua atuação possui como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento (empowerment), que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços. O Serviço Social faz-se parte essencial neste processo, utilizando mecanismos que possam garantir a socialização da informação aos usuários. (BREDOW & DRAVANZ, 2010)

Com a reforma psiquiátrica, a concepção sobre loucura foi revista acreditando no tratamento, recuperação e reinserção social. Desta forma, foram implantadas unidades de saúde para responder a essas demandas, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as residências terapêuticas, os hospitais-dia, os hospitais-noite, emergência em hospitais gerais, bem como outras estratégias de atenção como cooperativas de trabalho e renda, pensão protegida, entre outros serviços, que substituíssem o modelo manicomial. (NICACIO; BISNETO, 2013)

Os CAPS são formados por uma equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, assistente social, acompanhante terapêutico e farmacêutico. O assistente social desenvolve ações pautadas para a efetivação do atendimento integral do paciente, tais como atendimento individual aos usuários com objetivo de auxiliá-los em seus direitos e deveres; orientação às famílias dos pacientes, instruindo-os sobre suas responsabilidades pactuadas para o tratamento e recuperação do paciente; atividades grupais orientadas por atividades socioeducativas, para a geração de renda e trabalho, de acordo com a capacidade de cada usuário, estimulando e conduzindo-os para eventos onde poderão apresentar e vender seus produtos; realização de grupos com os familiares e parceria com o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), para

garantir a continuidade da atenção ao usuário em sua residência. (NICACIO; BISNETO, 2013)

O assistente social deve reconhecer que seu trabalho colide cotidianamente nos limites das políticas públicas, na dificuldade de um trabalho em rede, na insuficiente estrutura física e nas privações de acesso aos serviços. Logo, ele deve ser capaz de articular, desenvolver estratégias e superar essas questões, reinventando-se sempre que necessário a cada demanda.

Alguns autores afirmam sobre a importância e necessidade da ampliação da saúde mental na Atenção Básica da saúde, a fim de promover ações preventivas e efetivar o princípio do acesso universal e integral de todos cidadãos. De acordo com Correia, Barros e Colvero (2011), o Ministério da Saúde busca reorganizar a Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Propicia e reforça a inclusão social dos sujeitos nos territórios em que vivem e trabalham, por meio de iniciativas de atenção e cuidados das pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares.

A intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade no atendimento ao usuário são de fundamental importância no campo da saúde. Na intersetorialidade, são diferentes setores de políticas públicas articulando para garantir uma melhor condição de vida aos seus usuários. Na interdisciplinaridade, a articulação se dá através da troca de saberes das diferentes áreas de conhecimento e atuação profissional. Já a integralidade é uma diretriz que orienta a abordagem do indivíduo como um todo, considerando seu contexto social e por meio de ações e serviços que promovam, previnam e recuperem a saúde do indivíduo, ofertando um tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Somente essas três ações atuando em conjunto poderão assegurar a atenção não-fragmentada ao cidadão, especialmente o paciente da saúde mental.

Bisneto (2007), pondera sobre as dificuldades de se fazer efetivar as políticas de saúde mental e os desafios encontrados pelos assistentes sociais:

Uma contradição atual é como fazer a reabilitação psicossocial numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrosocial). Ao lado de funções típicas, como dar assistência social aos portadores de transtornos mentais, o Serviço Social também é alocado em Saúde Mental para diminuir os custos da assistência psiquiátrica, mas esta contenção de gastos não tem como objetivo alargar o atendimento a faixa maiores da população demandante, e

sim abaixar os custos para aumentar a acumulação capitalista, pois a “mercantilização da loucura”, apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta. (BISNETO, 2007)

Aqui percebemos um grande desafio aos profissionais de saúde mental, especialmente ao assistente social, na luta pela emancipação dos indivíduos, na direção a uma nova ordem, contrária ao pensamento dominante de expurgo da sociedade do doente mental. Outro desafio que observamos para o Serviço Social no campo da saúde mental é a dificuldade encontrada para a formação profissional necessária a esta área de intervenção. Alguns autores manifestaram suas inquietações quanto a esta lacuna:

[...] existe a necessidade de incluir disciplinas no curso de graduação de Serviço Social na área da Saúde Mental devido à importância de preparar bons profissionais para esse emergente campo de atuação. Nesse sentido, há ainda muitas lacunas, havendo poucas disciplinas relacionadas ao tema em questão no curso de serviço Social e pouca produção teórica em geral. (KNOPP, 2012 p. 49)

Segundo Martinelli (apud NICACIO, BISNETO, 2013), os assistentes sociais da área da saúde participaram ativamente nos movimentos de trabalhadores da saúde mental pela reforma psiquiátrica, no intuito de compor diferentes serviços no novo modelo assistencial. Porém, a produção teórico-acadêmica sobre o tema não acompanhou a atuação dos assistentes sociais. Nicacio e Bisneto (2013) afirmam que existe uma distância entre o ensino ofertado para a Saúde Mental e as práticas profissionais exigidas nos estabelecimentos psiquiátricos. Os autores apontam também “a rejeição do campo “psi” nas escolas de serviço social, principalmente nas escolas públicas” (id, p.13).

As críticas mais contundentes à psicologização das relações sociais provieram das tendências marxistas da Reconceituação. Porém, é complicada a interlocução do marxismo com a “psiquiatria ocidental” tradicional, há uma distância teórica entre saberes (Corrigan e Leonard, 1979: 101 – 115). Em Serviço Social no Brasil não foi dada a ênfase ao avanço de pesquisas no campo e na fase seguinte, o Debate Contemporâneo, em parte pelo predomínio do marxismo nas principais escolas de Serviço Social do Brasil que tinham pós-graduação e pesquisa. Nesses locais a pesquisa foi, por exemplo, em movimentos sociais, políticas sociais ou o estatuto profissional, que eram aspectos de sua pauta principal. (BISNETO, 2007)

Os autores apresentam duas considerações sobre esses resultados. Observam pouca discussão em Saúde Mental e Serviço Social no Brasil, apresentando um crescimento significativo apenas na década de 1970, mesmo com o segmento profissional rejeitando o debate. Outro ponto está concentrado na “intenção de

ruptura” que demandaria mais pesquisas direcionadas a uma análise crítica das políticas sociais na sociedade do capital, o que inclui o campo da saúde mental no Brasil, além de aprofundar sua relação com a dinâmica da sociedade de classes, a loucura e as subjetividades.

Diante disto, acreditamos na necessidade de promover novas discussões sobre o tema, sobre o significado do trabalho do assistente social na Saúde Mental. É imprescindível superar os obstáculos para o Serviço Social avançar no campo da saúde mental. Refletir sobre a sua prática e se efetivamente contempla as demandas do doente mental. É necessário analisar a contribuição desta área de intervenção profissional às complexas demandas que existem no cotidiano do trabalho na Saúde Mental.

3 ACOLHIMENTO E AS SUAS INTERFACES

3.1 O ACOLHIMENTO NA EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se como importante estratégia de intervenção de trabalho do assistente social e de outros profissionais. Propõe acolher o usuário em suas demandas e expectativas para o tratamento que busca, ouvi-lo atentamente, considerar os diferentes elementos sócio territoriais que compõem seu cenário de vida, proporcionar o pertencimento do usuário ao espaço de atendimento, por meio de atividades que possam transmitir e reforçar seus valores, além de oferecer suporte aos familiares.

A Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2006), define em suas diretrizes o acolhimento nos seguintes aspectos:

Ético: refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;

Estético: traz para as relações e os encontros do cotidiano e a criação de estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver, assim, contribuindo na construção de nossa própria humanidade;

Político: implica o compromisso coletivo potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

No campo da saúde, o acolhimento geralmente é caracterizado por ações pontuais administrativas, como a recepção e triagem, que encaminham o usuário ao serviço especializado; e/ou a dimensão espacial, que visa oferecer ambientes confortáveis. Estas ações são importantes, porém, se realizadas de forma separadas do comprometimento e responsabilização, não favorecem a geração de vínculo, que é base para o processo de produção de saúde.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele

que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2006)

Considerar o acolhimento na perspectiva de porta de entrada para os serviços de saúde implica em riscos, caso esta estratégia não se demonstre adequada, podendo resultar na adesão ou não ao tratamento, resolução ou não da queixa inicial, satisfação ou não do usuário que o leve a uma nova procura do serviço. Outras consequências são as grandes filas de espera sem critérios de riscos e vulnerabilidades, que potencializam o sofrimento devido à falta de acolhida, focando na doença em detrimento do sujeito portador do sofrimento.

A vista disso, dependendo do processo de acolhida, toda a eficácia de um atendimento poderá ser comprometida, causando ainda mais sofrimento ao usuário e família, assim como frustrações aos profissionais envolvidos.

Dentro de uma política de humanização, como apregoa o SUS, o acolhimento pressupõe a recepção do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (SCHWINGEL, 2013)

Schwingel (2013) afirma que o acolhimento pode ser compreendido antes mesmo de o usuário chegar ao serviço de saúde, definindo-o como um modo de resposta às necessidades que são expressas pela clientela atendida no serviço. Diante disto, acolher é conhecer o território no qual o serviço está inserido, reconhecer sua população usuária, entender as leis que asseguram os direitos destes cidadãos, localizar outros serviços que podem ser ofertados naquela região e estar disponível à comunidade para quando dele necessitar.

Os apontamentos de Schwingel (2013) direcionam para um importante aspecto do acolhimento, diante da perspectiva de que este não é somente o cuidado com os usuários, mas também refere-se às boas condições de trabalho dos profissionais que estão envolvidos no processo do tratamento. O autor afirma que “a humanização pode ser entendida como um dos eixos norteadores das práticas de gestão dos serviços e qualificação da atenção à saúde em todas as instâncias do SUS”.

A relação estabelecida entre usuários, trabalhadores, suas redes sociais, familiares, equipamento, rede de serviços e suas gestões criam vínculos e possibilitam

o trabalho coletivo, na direção que o SUS norteia, acolhedor e resolutivo, valorizando e contribuindo para a autonomia e o protagonismo de todos os sujeitos. Diante disto, os sujeitos cuidadores e os que são cuidados compartilham e corresponsabilizam-se. Acolhimento não é apenas a interação, mas a construção de novas atitudes diante daquilo que foi compartilhado.

A autora reitera que “o acolhimento também pode ser um dispositivo de análise micro e macro política da realidade e convoca para uma análise permanente das implicações com as instituições que as atravessam”. Acolher é garantir o atendimento efetivo em todos os âmbitos da política de saúde, em sua complexidade, para o bem-estar integral, tanto na Atenção Básica, como na Média e Alta Complexidade dos níveis de atendimento do SUS. Desta forma, auxilia na análise das falhas da rede e o quanto isto interfere nas práticas de cuidados, contribuindo para a efetivação do SUS e as políticas sociais.

Através do acolhimento, busca-se o atendimento integral na saúde, pois considera o sujeito na sua totalidade para atender todas as suas complexidades, levando em consideração o sofrimento e subjetividades, posto que interferem em sua qualidade de vida. A integralidade pode ser vista nas práticas que valorizam o cuidado e a atenção ao usuário. É um ato que gera resolubilidade da equipe e dos serviços, quando capacitados e reorganizados para essa demanda.

Na saúde mental, o acolhimento é um dispositivo importante para o atendimento efetivo. Como aponta Correia, Barros e Colvero (2011), é fundamental o acolhimento para a inclusão do doente mental. Desta forma, é importante a equidade a fim de assegurar a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços que priorizem situações de risco, propiciando melhores condições de vida e saúde destes grupos usuários da saúde mental.

Um ponto agravante na acolhida e resolução das demandas na saúde mental é o estigma contra o *louco*, que ainda pode persistir de várias formas, sendo de modo explícito ou sutil na sociedade. Assim, a não-escuta e a falta de credibilidade nas palavras destes usuários, pode gerar uma subestimação das suas demandas e atendimento tardio. Isto acaba por refletir nos mais variados serviços prestados a estes, como a saúde, o direito, a previdência, a educação e a assistência social. É necessário caminharmos para a superação deste estigma de forma efetiva em todos os âmbitos da vida desta população.

Na saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político (BRASIL, 2005) que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento. (BREDOW & DRAVANZ, 2010)

O acolhimento considera a situação do indivíduo de forma abrangente, o que propicia o início de um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais do serviço e da rede. Nos Centros de Atenção Psicossocial, a equipe multiprofissional, juntamente com o usuário, constrói uma estratégia terapêutica, propiciando um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, de forma que contemple diversas modalidades de tratamento. Todo trabalho desenvolvido no CAPS geralmente é construído sob um viés terapêutico.

Outra mudança adotada pela equipe foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário – que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), são projetos voltados para o sujeito, individualmente, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a corresponsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário-equipe de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade. (BRASIL, 2010)

No CAPS, três tipos de atendimento são ofertados: o atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O atendimento intensivo é diário, oferecido quando a situação da pessoa é de grave sofrimento psíquico, em situações de crises ou dificuldades acentuadas no convívio social e familiar, que demanda atenção contínua. O atendimento semi-intensivo é uma modalidade da atenção cujo usuário pode ser atendido até 12 dias em um mês, ofertada quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, possibilitando melhora em seus relacionamentos, no entanto, a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Já no atendimento não-intensivo, o atendimento é ofertado até três dias no mês, sendo oferecido quando a pessoa não necessita de suporte contínuo da equipe para ter uma condição de vivência em seu território e para realizar suas atividades tanto no seio familiar quanto no trabalho e escola. Em todas as modalidades, pode ser ofertado o atendimento domiciliar aos usuários.

Uma das características do acolhimento é a avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidade. A classificação de risco é um processo dinâmico que identifica os

pacientes que necessitam de atendimento imediato, conforme o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. É fundamental ressaltar que a avaliação ocorre pela explicitação do usuário ou pela observação de quem o acolhe e, para tanto, é necessário que este profissional seja capacitado especificamente para este fim. De acordo com o protocolo para classificação de riscos, ela é dividida em quatro níveis: a emergência, o nível mais crítico do usuário, necessitando um atendimento imediato; a urgência, exige um atendimento o mais rápido possível; a prioridade não urgente exige prioridade, mas não urgência; e baixa complexidade, que são atendimentos encaminhados por ordem de chegada. (BRASIL, 2004b)

Na saúde mental, alguns indícios também apontam para a gravidade e sofrimento destes indivíduos, podendo ser usados como critérios para classificação de riscos e vulnerabilidades, dentre muitos destacaremos alguns como: tentativas de suicídio; negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas; alteração aguda de comportamento; agitação, letargia e confusão mental; estados de pânico; vítimas de abuso sexual e de outras violências. Estes sinais e sintomas devem ser observados desde o início do acolhimento, por isso a importância de uma equipe preparada para esta leitura complexa e muitas vezes subjetiva de ponta a ponta do atendimento.

Diante disto, para que o Projeto Terapêutico Singular seja efetivado de maneira resolutiva ao usuário e otimizada para a equipe profissional, é necessário ter a clareza das características de riscos e vulnerabilidade. Assim, é possível reorganizar o método de trabalho de todo o serviço de saúde, oferecendo eficiência e resolutividade nos cuidados aos danos agudos à saúde destes indivíduos.

3.2 O ACOLHIMENTO E O SERVIÇO SOCIAL

Observados os compromissos da equipe em acolher e propiciar a construção de vínculos, merece debatermos o papel do assistente social como integrante desta equipe multidisciplinar e o seu fazer profissional, de acordo com o projeto ético-político do Serviço Social.

Franco, Bueno e Merhy (2003), Malta (2001), Campos (1997), Teixeira (2003), Silva Junior e Mascarenhas (2006) têm afirmado que, a fim de que o acesso seja efetivado, é necessário reorganizar o processo de trabalho com

a criação de equipes multiprofissionais em que o saber é partilhado. E é com a inclusão de diferentes saberes que emerge um fazer profissional capaz de proporcionar uma visão ampliada das especificidades combinadas entre as profissões, por meio de equipes multidisciplinares, com a adição de uma maneira de trabalhar que suplante a fragmentação de conhecimentos e que articule diferentes setores e políticas para a satisfação das necessidades dos usuários. Em poucas palavras, é o desenvolvimento de ações que visem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006 apud CHUPEL, 2008, p. 110)

Neste trabalho multiprofissional, o assistente social alicerçado por sua base teórico- metodológica, ético-política e técnico-operativa, busca desenvolver práticas que contemplem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a qualidade do atendimento profissional ofertado, as condições sociais que determinam a saúde e doença, deste modo, operando a integralidades na saúde.

Como um dos desafios para a concretização da inversão do modelo assistencial, os autores citam a super especialização do saber, ou seja, sua verticalização, divisão e seu fracionamento, condição para a alienação do profissional de saúde do seu objeto de trabalho, já que estes ficam distantes do produto final de sua atividade laboral. Assim, o compromisso com o resultado é prejudicado porque este tipo de organização favorece a fixação dos trabalhadores em uma determinada etapa do atendimento prestado ao usuário. O acolhimento pressupõe o trabalho em equipes multiprofissionais, o que modifica em essência o processo de trabalho dos profissionais, especialmente os não-médicos. (CHUPEL, 2008)

É crucial a sincronia dos saberes profissionais para que as ações se realizem de forma qualificada e potencializada. Mais que um trabalho multiprofissional é importante o desenvolvimento de uma ação interdisciplinar, que Costa (2017) expressa como:

A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elemento de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada. (COSTA, 2017)

Assim, o fazer profissional do assistente social e seu caráter interventivo, deverá desenvolver sua prática equilibrando o conhecimento próprio de sua formação profissional com a equipe de forma interdisciplinar.

Finalmente, afirma-se que, embora haja o entendimento de que a ação profissional do assistente social na saúde mental, como em qualquer campo, não se concretiza somente em uma ação, mas sim em inúmeras, expressas no complexo quadro em que se mostra o cotidiano profissional, todas estas devem ser permeadas pela busca da integralidade do atendimento, do desenvolvimento da autonomia dos usuários, da participação popular e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade de vida do usuário e da

superação de expressões da questão social. Assim, selecionaram-se para o debate noções de empoderamento (como estratégia para autonomia e exercício de cidadania), intersetorialidade e integralidade, ambos como elementos primordiais de uma prática profissional voltada para a construção de uma rede resolutiva de cuidados em saúde mental com características humanas e de cunho fortalecedor dos sujeitos envolvidos. (BREDOW & DRAVANZ, 2010)

O acolhimento é um elemento importante que integra o processo de intervenção dos assistentes sociais na medida que auxilia na aproximação com os usuários, a estabelecer vínculos, que podem embasar as intervenções necessárias. Deste modo, o conhecimento do profissional tanto nos fundamentos da profissão, quanto nas leis e normas da área da saúde e da proteção social são elementares para o cumprimento do princípio de integralidade abarcada pelo SUS.

Guerra (2007) afirma que a instrumentalidade do trabalho do assistente social integra seu exercício profissional, o que propicia que modifique, transforme, altere as condições objetivas e subjetivas, as relações interpessoais e as relações sociais que existem no cotidiano. Embora o acolhimento seja um ferramental empregado nas ações da profissão, as discussões sobre a sua prática ainda caminham por um campo de tensão e necessitam de mais estudos e aprofundamento, especialmente na área da saúde mental.

O Serviço Social, mesmo desenvolvendo um trabalho que envolve o acolhimento de pessoas, tem deixado de lado a reflexão sobre essa categoria. Entretanto é possível identificar que a profissão possui sim um acervo de conhecimentos historicamente construídos, no qual figuram concepções teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, que dão base para a reflexão sobre o acolhimento. (SANTOS, 2006 apud CHUPEL, 2008)

O acolhimento é integrado pela escuta, troca de informações, conhecimento da conjuntura do usuário, contexto de toda a tessitura de seus relacionamentos, que se configuram como elementos essenciais para a intervenção do assistente social.

Chupel (2008) reitera que o acolhimento compreende toda a relação humana, abrange a escuta qualificada, a identificação da situação de risco tanto individual como coletiva, entrevistas individuais, esclarecimento sobre os serviços oferecidos e direitos sociais, encaminhamentos para outros serviços da rede. O acolhimento não é limitado ao ato de receber, mas se envolve em todo o processo de atendimento.

A escuta qualificada promove liberdade de expressão, a percepção das relações sociais em rede. Ela possibilita para além de escutar, observar, sentir, assim como,

permite que o conhecimento teórico e a experiência que temos sobre o assunto abordado sejam facilitadores para as ações que efetivem o acolhimento. A autora sustenta que o processo interventivo do profissional se dá através de uma formação interdisciplinar com diversas unidades curriculares básicas provenientes de áreas das ciências sociais e humanas como: sociologia, ciência política, psicologia social, economia política, filosofia e antropologia, e pelo acúmulo de conhecimentos alicerçado em diferentes correntes de pensamentos do Serviço Social, tanto na teoria quanto na prática. O acolhimento acontece na dinâmica, na dialética, no movimento, na metodologia, na filosofia, na ética, na política, no ouvir, no falar e agir. (CHUPEL, 2008)

Concordamos com a autora quando esta reconhece o acolhimento em todas as ações desenvolvidas pelo profissional em ação. Deste modo, com a instrumentalidade do Serviço Social em seu fazer profissional, o acolhimento tem a perspectiva de um começo, uma mediação e uma finalidade, para que a humanização em saúde mental seja efetiva.

De acordo com o que apontamos neste estudo, compreendemos que a prática do acolhimento no Serviço Social, na Política Nacional de Humanização e no SUS, tem a mesma finalidade, o que pode diferir é a perspectiva do olhar sobre o indivíduo e toda a sua conjuntura, que o leva à determinada condição e demandar o serviço de saúde mental. A prática da escuta qualificada, a técnica do diálogo, a busca ativa, do relacionamento, da leitura do meio social caracterizam-se como aspectos já trabalhados historicamente no Serviço Social, sem necessariamente adotar a terminologia “acolhimento” para o conjunto destas ações, como faz a PNH e o SUS.

Já no Serviço Social a prática da escuta do usuário é utilizada historicamente. Isto pode ser verificado no debate realizado acerca do relacionamento entre Assistente Social e usuário. Sua concepção, inicialmente, esteve relacionada à dimensão afetiva porque o profissional interferia no problema social do cliente e o personalizava. Neste sentido, “o relacionamento emerge como possibilidade de buscar melhorar sua (indivíduo) relação com o meio social, para tanto, o profissional deveria escutar o necessitado com agrado e paciência estabelecendo uma simpatia com muita compreensão” (SARMENTO, 1994 apud CHUPEL, 2008)

Quanto às práticas para o acolhimento em saúde utilizadas pelo assistente social e a suas finalidades, podemos destacar algumas como: a escuta qualificada que possibilita diagnosticar as diversas situações e a vinculação; a técnica do diálogo, que possibilita buscar junto com o usuário a resolução de problemas ou ao menos atenuar

o sofrimento; valorizar e significar as queixas; realizar encaminhamentos conforme as expectativas e as necessidades; refletir e interpretar as condições sociais do indivíduo e sociedade; a leitura do meio social, um olhar para o usuário enquanto cidadão, portador de direitos e inserido em relações sociais; a busca ativa auxilia na busca e identificação de pessoas em situação de riscos e vulnerabilidade, para que sejam inseridas nos mais variados serviços da política de saúde e social.

Uma das práticas que mais aproxima o Serviço Social do acolhimento é o relacionamento, mediação que imprime o caráter relacional como intrínseco à intervenção profissional. Por meio dele, é possível estabelecer a confiança e gerar o vínculo, atributos fundamentais para a efetivação da acolhida. É através do relacionamento que se constrói um campo de mediações e intervenções, alinhavados com o compromisso ético-político da profissão.

3.3 GRUPO DE ACOLHIMENTO E EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS

O grupo de acolhimento é um dispositivo que é adotado como porta de entrada à serviços de saúde e tem como um de seus objetivos, ser facilitador à adesão do tratamento, promover reflexão, credibilidade e autonomia. Nestes grupos, os primeiros contatos começam a ser intermediados mutuamente e ocorrem as primeiras apresentações do serviço e dos profissionais aos usuários. O grande propósito é a construção de vínculos, estimulando que o usuário do serviço coloque em palavra, aquilo que sente, o que necessita e o que espera quando procurou o serviço de saúde.

A técnica do grupo de acolhimento requisita cuidado, atenção, flexibilidade e sensibilidade dos profissionais envolvidos, de uma forma que possibilite adaptações a cada encontro. Há uma grande rotatividade nestes grupos que ocorrem por diversos motivos; no entanto, quando atribuímos mútua responsabilidade pela eficácia de seu tratamento, e o retorno dos usuários ocorre, por terem sido encaminhados ao recurso terapêutico especializado, isto pode sinalizar que a finalidade do grupo foi alcançada com êxito.

A autora Zara (2014) traz uma reflexão sobre os dispositivos grupais como prática de acolhimento na saúde mental e reabilitação, afirmando sobre a importância de uma estratégia acolhedora na recepção destes serviços. Ela relata sobre a implantação de um grupo de acolhimento que recepcionasse a demanda que chegava

aos serviços da Unidade Básica de Saúde “Jardim Seckler”, na periferia da capital paulista, servindo como porta de entrada para as especialidades de fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e psiquiatria. A proposta inicial era organizar a demanda garantindo o acesso com equidade. O grupo acontecia semanalmente, e participavam crianças, adolescentes e adultos, não havendo restrição para a entrada, às vezes, participavam famílias inteiras e representantes de instituições acompanhando pessoas para quem buscavam atendimento, o que era visto de forma positiva, possibilitando a escuta dos variados ângulos dos atores envolvidos em uma determinada situação. A autora afirma que, através deste acolhimento, foi possível a equipe assimilar as diversas condições que envolve toda a problemática de cada demanda, permitindo que as versões da história surgissem, se modificassem e se ressignificassem.

O grupo geralmente era coordenado por dois profissionais e, esporadicamente, contava com o auxílio de estagiários das especificidades atendidas. A duração de cada encontro semanal variava dependendo da quantidade de pessoas que estava participando, já que era aberto e sem necessidade de agendamento prévio. A atividade era organizada em dois períodos: no primeiro, eram informadas as regras do grupo, a garantia da fala no grupo ou ao que preferir, individualmente, depois do grupo, a necessidade do sigilo, a importância da participação e de ouvir os outros participantes. Ainda neste período, os participantes compartilhavam suas histórias e queixas, as reações esboçadas por eles são observadas pelos profissionais, que buscam aproximar experiências semelhantes as que foram narradas, estimulando perguntas, opiniões e explicações. Ao fim deste período, era feita uma pausa, na qual os profissionais discutiam os casos e possíveis encaminhamentos, retornando para o segundo período, onde ocorria as devolutivas aos participantes, orientando-os e apresentando as propostas de intervenção. Muitos casos eram direcionados a alguma modalidade de atendimento na unidade, priorizando os atendimentos em grupos já existentes, mas também eram oferecidas consultas individuais, visitas domiciliares e contato com as instituições que os encaminharam. De acordo com a necessidade, novos grupos eram construídos a fim de ofertar um projeto terapêutico mais adequado e flexível.

Assim, a autora relaciona que a estratégia de um grupo de acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde reorganizou todo o processo de trabalho. Proporcionou a

reflexão da prática e das propostas terapêuticas com base nas necessidades apresentadas, reduziu a fila de espera, aumentou a integração dos profissionais e propiciou o conhecimento e divulgação de informações sobre as atividades desempenhadas no serviço.

Nós também vivenciamos a proposta de um grupo de acolhimento durante o estágio obrigatório do curso de Serviço Social e acreditamos na importância de compartilhar a significativa experiência. O estágio foi realizado no ano de 2016, no Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Droga infanto-juvenil - Caps i, que recebe a denominação de Seção Centro de Referência Psicossocial ao Adolescente - Secerpa/Tô Ligado, integrante dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Santos.

O grupo de acolhimento foi criado a partir da observação sobre a necessidade de atender a grande demanda de usuários que chegava ao único serviço CAPS i que atende todo o município de Santos, que em média acompanha aproximadamente 160 adolescentes por mês. Em agosto de 2016, devido ao grande fluxo de atendimento, havia uma fila de espera que chegava a três meses, aguardando para atendimento local/ tratamento especializado.

Portanto, a criação do grupo de acolhimento tinha como objetivo principal acolher os adolescentes que chegavam no serviço e que, pela morosidade de surgir novas vagas para iniciar os atendimentos psicológicos ou em grupos terapêuticos, ocasionava muitas vezes a falta de adesão ou desistência ao tratamento, ocupando vagas e tornando o processo e espera ainda maior. Com o intuito de diminuir essas perdas e danos aos usuários e ao serviço, foi implantado o grupo de acolhimento, no qual após a triagem realizada pela equipe de plantão da unidade, os adolescentes já eram encaminhados para participar semanalmente dos encontros do grupo, até que fossem atendidos pelo profissional especializado de cada demanda.

Este grupo não tinha uma proposta terapêutica, mas os conteúdos e dinâmica desenvolvidos, demandas, eram compartilhadas na reunião semanal de equipe multiprofissional. Deste modo, era possível realizar encaminhamentos mais qualificados, e inserir estes adolescentes nas atividades mais adequadas para cada situação. Nestas reuniões eram propostos atendimentos de acordo com as modalidades já existentes no serviço atendimento individual ou grupal; intensivo, como o Hospital Dia, semi-intensivo e não-intensivo; ou até mesmo a criação de um

novo grupo que atenda as novas demandas de acordo com seu perfil. Era considerada também as respostas do adolescente nas sessões grupais, tanto para os profissionais quanto para os outros usuários, mediante a classificação de riscos e vulnerabilidades levando em consideração a complexidade e o sofrimento do indivíduo.

A nossa expectativa era garantir o acesso ao serviço de saúde e sustentar a não-evasão dos jovens, reduzir a desistência e falta de adesão, além de construir e fortalecer vínculos; proporcionar ao paciente o sentimento de pertencimento àquele espaço, de ouvir suas demandas e expectativas para o tratamento, de desenvolver atividades que pudessem transmitir e reforçar os seus valores, sendo um espaço e um grupo aberto aos usuários que nele quisessem permanecer mesmo após o encerramento desta etapa. Podia receber adolescentes atendidos em outros programas, assim como os pacientes do Hospital Dia.

Neste grupo trabalhávamos com variadas dinâmicas e atividades, para que, além de construir e estreitar os vínculos pudessemos analisar melhor cada demanda e o perfil de cada usuário. As atividades e dinâmicas propostas nos encontros se adequavam conforme a composição e perfil dos adolescentes que estavam participando no momento, incluindo sugestões de atividades trazidas pela equipe multiprofissional. Em algumas ocasiões, os adolescentes sugeriam e realizavam outras atividades, dentro dos nossos recursos e espaço. Em todos os encontros, independente da atividade realizada, tentamos trabalhar a construção e o fortalecimento de vínculo, a ideia de pertencimento ao espaço e a transmissão e reforço dos seus valores.

Foram realizadas atividades artísticas na forma de cartazes com tema livre, podendo fazer colagem, escritas, desenhos, trabalhando a criatividade, para que expressassem o sentido e significado daquele momento, o sentimento que tinham por suas respectivas famílias, e o sentimento quanto as suas expectativas. Foram feitas dinâmicas de fortalecimento de vínculos, em que trabalhávamos o valor de cada um, na qual abordávamos o trabalho em equipe, a necessidade recíproca para o alcance de mudanças em suas vidas. À título de exemplo, o jogo “Banco Imobiliário” foi utilizado (por sugestão dos jovens), fato que possibilitou abordar o poder de decisão de cada membro do grupo, e ali foi trabalhado o poder de decisão de cada um. Outras vezes, caminhamos pela unidade conhecendo cada espaço que ali tinha e que eles poderiam utilizá-los e como gostariam de fazê-lo.

Em dezembro de 2016, esta proposta de intervenção do grupo de acolhimento, se encerrava juntamente com o estágio e o ano letivo. Diante disto, as nossas ultimas atividades realizadas foram as mais longas. Por ocasião das festas de final de ano, foi proposta a produção artesanal de enfeites de Natal para decorarmos a instituição, assim como a criação de presentes simbólicos, para trocarmos na festa de confraternização da unidade. Para esta atividade, arrecadamos materiais recicláveis, tais como: garrafas pets, tubos de papel higiênicos, lacre de latas de alumínio, revistas e jornais, caixas de papelão, retalhos de tecidos, etc. Com estes materiais produzimos os enfeites e os presentes, decoramos a unidade. Todos os adolescentes construíram e colaboravam com ideias, inclusive sugeriram a criação de um grupo no *WhatsApp*⁷ para que pudéssemos trocar ideias, compartilhar vídeos e dicas de enfeites de natal com materiais recicláveis durante a semana e desenvolver algumas coisas no grupo de acolhimento. No dia agendado para a decoração da unidade, chegamos ao maior número de participação dos adolescentes. Animados com o que haviam produzido, escolheram onde e como preferiam decorar.



Figura 1 Atividades realizadas com o grupo de acolhimento

Na festa de confraternização, a proposta foi comemorar um fim de ano, ampliando o perfil de seus participantes, como médicos, outros profissionais e usuários, consolidando a ideia de pertencimento ao espaço e vinculação ao serviço.

⁷ *Whatsapp* é um aplicativo utilizado para troca instantânea de mensagens de texto, áudios, fotos e vídeos, via conexão à internet.

A realização destas últimas atividades duraram alguns encontros, e nos proporcionou trabalhar o pertencimento destes adolescentes àquele espaço, a valorização daquilo que aparenta não ter valor, a capacidade de criatividade, a realização do ser ouvido e o espírito de equipe e colaboração, dentre outras abordagens. Nesta atividade ocorreram trocas de saberes, de perspectivas e de experiências, houve o estímulo do diálogo, o estreitamento de laços, o fortalecimento de vínculo.

Como é possível constatar, as duas experiências de grupo de acolhimento na saúde relatadas confirmam a ideia de se configurar como porta de entrada que assegure o acesso universal ao serviço de saúde, ambos trabalham com perspectivas distintas.

Construímos dois quadros com o intuito de apresentar as principais características e as mudanças que a implantação de um grupo de acolhimento trouxe a estes equipamentos de saúde, comparando os cenários antes e depois de sua efetivação.

Tabela 1 Grupo de acolhimento/ Unidade Básica de Saúde para a especialidades de psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e terapia ocupacional:

UBS “Jardim Seckler” - Antes do Grupo de Acolhimento	UBS “Jardim Seckler” - Depois do Grupo de Acolhimento
Acesso via lista de espera	Acesso via acolhimento
Atendimento conforme a Procura	Atendimento a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade
Atenção ao usuário – resultado de somatória das intervenções de cada profissional isoladamente	Busca da construção de referências teóricas comuns da integração dos saberes e práticas junto a clínica.
Ênfase na oferta de consulta individual, priorizando o diagnóstico da patologia com remissão de sintomas.	Ênfase nos atendimentos grupais priorizando sentimento de solidariedade e reciprocidade, buscar as ações emancipatórias e de autocuidados.
Tendência a valorização do saber dos profissionais e reprodução de relação autoritária e de dependência do usuário.	Construção de vínculos, e a busca de compartilhar responsabilidades com o usuário, valorizando sua autonomia.
Insatisfação dos profissionais em relação à sua prática.	Satisfação dos profissionais com a prática, criação de potência na equipe.

Fonte: Zara (2014)

Tabela 2 Grupo de acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial, SECERPA

CAPS i SECERPA – Depois do Grupo de Acolhimento	CAPS i SECERPA – Depois do Grupo de Acolhimento
Acesso via plantão que direciona a lista de espera.	Acesso via plantão que direciona diretamente ao grupo de acolhimento que ocorre uma vez na semana.
Atendimento por ordem de chegada ou encaminhamento direto de alguns casos, constatada sua emergência	Atendimento a partir da avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Discussão dos casos da lista de espera, ênfase para alguns usuários que acreditava-se ter potencial de risco menor ficavam a ser atendimento por até três meses, o que desestimulavam a aderir ao tratamento quando as vagas surgiam.	Discussão em equipe dos casos do grupo, pensando em possíveis propostas e encaminhando conforme avaliação de riscos.
Enquadramento dos adolescentes nas modalidades de atendimento existentes.	Conforme observação das participações nos encontros, e a discussão com a equipe multidisciplinar, era possível encaminhar a modalidades de atendimentos existentes de forma mais qualificada com o perfil de cada usuário.
Criação de novas estratégias e grupos quando os usuários já estavam direcionados para o atendimento especializado.	Criar novas estratégias e grupos para atendimento mediante as observações feitas no grupo de acolhimento, antes mesmo de um encaminhamento ao atendimento especializado.
Ênfase na oferta de consulta conforme vagas	Ênfase na oferta de consultas conforme perfil e demanda
Chegavam ao atendimento especializado desanimados devido ao tempo de espera e resposta à sua procura.	Chegavam ao atendimento especializado com um vínculo já pré-estabelecidos ao serviço através do grupo de acolhimento
Realiza-se o Projeto Terapêutico Singular juntamente com o usuário.	Realiza-se o Projeto Terapêutico Singular juntamente com o usuário.
Trabalhava-se o acolhimento equipe de referência/usuário.	Passou a trabalhar o acolhimento equipe multidisciplinar/usuário, refletindo as ações com todos os funcionários do serviço.
Equipe sobrecarregada com consultas individuais avaliatórias, e sufocada pela lista de espera	Equipe que conhecia todas as demandas e classificação de risco, organizavam estratégias e atendimento de acordo com o perfil do usuário e profissional

Fonte: Elaboração da autora

Outra diferença marcante que encontramos nestas experiências é o cunho terapêutico do grupo de acolhimento. No grupo de Zara (2008), com o passar do

tempo, as discussões, no grupo e da equipe, foram caminhando para a potencialização do caráter terapêutico:

Nessa trajetória de deslocar o sujeito do lugar daquele que está reduzido à queixa, para uma posição em que ele possa pensar e buscar respostas para suas questões, a partir de reflexões e vivências ali possibilitadas, nós profissionais também passamos a ocupar um novo lugar. Nosso suposto saber se relativizava junto à escuta das experiências dos demais integrantes do grupo. Assim, ao usuário era possibilitado alterar a relação com a problemática por ele trazida e para nós, era permitido construir conceitos e ações fundamentais no exercício da clínica ampliada, evitando assim, posturas reducionistas, favorecendo identificações e reflexões coletivas. (ZARA, 2008)

Já no grupo de acolhimento do CAPS i SECERPA, muitas ações ainda estavam se adaptando e adequando para atender de forma melhor e mais qualificada a todos os envolvidos, pacientes e equipe do serviço. No entanto, uma ideia que era claramente compartilhada pela equipe multiprofissional é que este grupo não tinha a perspectiva terapêutica, e todas as ações e atividades propostas no grupo, eram de forma que pudessem ser discutidas e resolvidas no próprio contexto do grupo. O fato de ser um grupo aberto de adolescentes, algumas questões da demanda eram abordadas individualmente, evitando constrangimento. Embora, acreditamos que a partir do momento que um indivíduo entra num serviço de saúde mental ele já esteja em processo terapêutico.

Após a nossa saída pelo término do estágio em dezembro de 2016, o grupo de acolhimento permaneceu funcionando e foi criado mais um para atender a demanda de adolescentes que ingressavam no serviço em períodos diferentes. No entanto, atualmente a SECERPA passa uma reestruturação funcional, onde começará a atender como CAPS ad, serviço específico para o cuidado e atenção integral /continuada a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. Permanece como referência para adolescentes no município, funcionando por 24 horas. Portanto, diversas atividades estão sendo repensadas, inclusive o grupo de acolhimento.

CONSIDERAÇÕES

Acreditamos na importância de contextualizar historicamente o tema “O Serviço Social e o acolhimento na Saúde Mental”, ao qual nos propomos a discutir neste trabalho. Para isso, delimitamos as dimensões que abrangem esta temática, tais como: Serviço Social, Saúde, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, SUS, Humanização e acolhimento, considerando que a produção do acolhimento exige apropriação de diversas nuances.

Ao falar sobre saúde, é importante compreendê-la numa perspectiva biopsicossocial, com todas as complexidades que os fatores sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos influem na concepção do que é saúde e o que é doença. Diante disto, consideramos que a saúde é resultante das condições de vida de cada indivíduo e do coletivo a que pertence.

Concordamos com Bredow; Bravanz (2010) quando diz que “a a concepção de saúde ultrapassa a simples ideia da ausência de doença, e que deve ser assistida em ações integradas com as políticas sociais”. Porém, aqui questionamos também de que forma estas outras áreas da gestão pública materializam este conceito, já que estão intrinsecamente ligadas ao processo de atendimento integral à saúde e a integralidade no atendimento apenas será efetiva se as ações intersetoriais e interdisciplinares atuarem concomitantemente.

A Política Nacional de Humanização na área da saúde foi um grande avanço, trazendo em seus princípios e diretrizes conceitos importantes para o cuidado integral e humanizado aos usuários, mesmo que ainda se detecte dificuldades na sua efetivação.

A PNH é muito bem estruturada, porém ela não conta com nenhum subsídio sobre o argumento de que para sua efetivação ela só depende das pessoas, ignorando que é necessário fornecer condições de trabalho que a política não proporciona, para que as ações humanizadas sejam produzidas, dependendo muitas vezes da vontade política do gestor para que este subsídio ocorra.

A saúde mental foi e continua marcada pelo preconceito, hegemonia de conhecimentos médicos, tratamento estritamente medicamentoso, exclusão da sociedade, aglomerando em depósitos humanos os “doentes” com a conivência do Estado e da sociedade, impelidos pela ideologia eugenista. A loucura é um estigma

que ainda precisa ser superado, e trabalhado culturalmente com a sociedade para que se reflita sobre essas linhas tênues que determinam o que é ou não normal. No entanto, a Reforma Psiquiátrica foi um grande marco para o cuidado na atenção à saúde mental, mudando paradigmas anteriores na direção da defesa dos direitos humanos e a cidadania dos indivíduos com distúrbios mentais e sofrimentos psicológicos e emocionais. Busca viabilizar uma rede de serviços inclusiva, libertária e humanitária, trazendo a perspectiva de um tratamento mais humanizado e menos medicamentoso. Mesmo diante deste avanço, o conceito de saúde mental ainda carece de discussão aberta nos mais diversos meios de comunicação e na sociedade, pois é necessário evoluir no suporte estrutural e de recursos humanos que atendem esta parcela da população, a fim de superar todos os obstáculos que ainda impossibilitam a concretização da saúde integral e humanizada.

Entendemos que, houve alguns avanços significativos nas práticas do assistente social em campo na saúde mental, no entanto, este avanço do campo não acompanharam a produção bibliográfica na área, faltando uma sistematização do conhecimento sobre este tema. Desta forma, acreditamos na importância de aplicar outros métodos de pesquisa como entrevistas de profissionais da área, observação participante, entre outros métodos que possibilitem documentar essas experiências e avanços do Serviço Social na Saúde Mental.

O CAPS visa a atenção psicossocial, com trabalhos terapêuticos que preconizam o tratamento não medicamentoso quando não houver esta necessidade, visa desfazer o padrão que conduz a um olhar para a doença como um defeito, um distúrbio, e que necessita de tratamento que elimine os sintomas. Porém, nossa experiência no campo da saúde mental tanto no estágio como em projeto de extensão do trabalho acadêmico, nos leva a observar que a medicalização ainda é muito frequente sem que haja real necessidade, para atender às súplicas dos usuários e de suas famílias, que acreditam que o tratamento ocorre apenas se houver prescrição de medicamentos. Com isto, percebemos o quanto um trabalho multidimensional-interdisciplinar com os usuários, famílias, comunidade poderiam contribuir para superar essa visão de tratar e curar a “doença” mental.

Consentimos com Schwingel (2016) quando afirma que um atendimento humanizado preconiza que, desde a chegada do usuário ao serviço de saúde, é responsabilidade da equipe ampará-lo integralmente, ouvindo-o e possibilitando que

se expresse, atendendo-se às suas queixas, angústias, preocupações, assegurando uma resposta e articulando com outros serviços de saúde para que se possa dar continuidade à assistência necessária. Isto é acolhimento, porém na prática, a aplicação destas ações tornam-se afetadas pela banalização do cotidiano, pela burocratização do sistema, pelas ações mecanizadas devido a saturação dos serviços que não suportam as demandas que chegam, e por mais que se tenham alguns profissionais empenhados num atendimento com a perspectiva do acolhimento, as condições objetivas de trabalho não asseguram o seu cumprimento.

O acolhimento é um aspecto importante que integra o processo de intervenção dos assistentes sociais; no entanto, o acolhimento não aparece exatamente com esta terminologia, mas é observável em diversas ações do assistente social, como: a escuta qualificada que possibilita diagnosticar as diversas situações e a vinculação; a técnica do diálogo (é possível buscar junto com o usuários a resolução de problemas ou ao menos atenuar o sofrimento, valorizar e significar as queixas); refletir e interpretar as condições sócio-econômicas do indivíduo na sociedade- a leitura do meio social, um olhar para o usuário enquanto cidadão, portador de direitos e inserido em relações sociais; a busca ativa, auxilia na busca e identificação de pessoas em situação de riscos e vulnerabilidade, para que sejam inseridas nos mais variados serviços da política de saúde e social. Uma das práticas que mais aproxima o Serviço Social do acolhimento é a mediação do relacionamento que estabelece com usuários dos serviços sociais: é possível estabelecer a confiança e gerar o vínculo, atributos fundamentais para a efetivação da acolhida. É através do relacionamento que se constrói um campo de mediações e intervenções, alinhavados com compromisso ético e político da profissão.

Outra problemática que observamos é que pouco se discute no Serviço Social sobre o acolhimento e de como fazê-lo ser efetivado. A tensão da psicologização no Serviço Social pode ser um dos fatores para que haja pouco estudo e aprofundamento sobre o acolhimento na saúde mental. Desta forma, assentimos com Chupel (2008), quando este diz que há pouca produção científica no Serviço Social sobre esta temática:

Durante a revisão bibliográfica, constatou-se que o acolhimento ainda não ocupa um espaço significativo no que toca à produção científica no Serviço Social. Não obstante isto, verificou-se que a produção científica referente aos fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político desta

profissão oferece bases suficientes para discuti-lo e qualificá-lo. Nesse sentido, foram encontradas contribuições de autores contemporâneos que apresentam abordagens distintas, ora discutindo sobre o relacionamento no Serviço Social, ora trazendo o acolhimento no debate sobre gênero. (CHUPEL, 2008)

A atuação do assistente social nas instituições e equipes multiprofissionais está sempre envolta de contínuas delimitações, na busca de se marcar aquilo que é pertinente ao trabalho deste profissional e o que não é de sua competência fazer, pois verifica-se que nem sempre há uma clareza para os outros profissionais sobre quais são suas atribuições e, algumas vezes, o próprio assistente social tem esta dúvida. No entanto, entendemos que na saúde mental é basicamente impossível delimitar o papel de cada profissional, pois o usuário exige o que ele necessita da pessoa a qual ele vinculou-se, independente da área de atuação, por isso a necessidade do trabalho interdisciplinar, pois a única forma de dialogar com outros profissionais, para muitos casos, é através do profissional ao qual o usuário está vinculado.

Percebemos que a prática do acolhimento reúne vários elementos e resultados fortemente imateriais, subjetivos, ao mesmo tempo que é norteada por ações pautadas nas diretrizes do código de ética profissional. Porém, é possível sugerir o aprofundamento sobre a temática, pesquisando práticas, avaliando-as inclusive com seus usuários quanto ao significado e possível contribuição ao processo de tratamento terapêutico, definindo atribuições e competências deste profissional num trabalho solo ou com equipe interdisciplinar. Uma dimensão inovadora aponta a possibilidade dos próprios jovens protagonizarem um papel auxiliar e colaborativo em sessões inaugurais de acolhimento de novos sujeitos adolescentes encaminhados ao serviço de saúde mental.

Assim, acreditamos na necessidade de refletirmos e produzirmos mais discussões, debates, seminários e congressos que abordem sobre o Serviço Social na saúde mental e no acolhimento em saúde mental. Outro desafio que apontamos é sobre a importância de enfatizar conteúdos no processo formativo do estudante de Serviço Social, tais como saúde mental, a contribuição do Serviço Social para o alcance da integralidade na saúde e sua especificidade nas estratégias de acolhimento.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: Uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). **Caderno de Atenção Básica**: Saúde Mental. 2013a. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 04 out. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH**. 2013b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10a. ed. rev. e atual. - Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Lei n ° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Benefícios da Previdência Social. Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.742/93, de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS). Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm>. Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Porta da Saúde Brasil. Ministério da Saúde.** CAPS - Legislação da Saúde Mental. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. **Portal da Saúde. Ministério da Saúde.** CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2012.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental:** entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>>. Acesso em: 04 out. 2016.

CFESS. **Informações gerais.** 2017. Disponível em:

<<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/informacoes-gerais>>. Acesso em: 14 out. 2017.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **Acolhimento e Serviço Social:** Um Estudo Em Hospitais Estaduais Da Grande Florianópolis. 2008. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Cap. 3. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp107953.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil:** Políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2005.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida.

Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde:**

concepções. Mental, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272007000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 out. 2017.

CRESS. Conjunto CFESS/CRESS. 2017. Conselho Federal de Serviço Social - 7º Região - Rio de Janeiro. Disponível em:

<<http://www.cressrj.org.br/site/conjuntocfesscress/>>. Acesso em: 14 out. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Globalização, correlação de forças e serviço social.** São Paulo: Cortez, 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e Poder institucional.** São Paulo: Cortez, 2011.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social.** Artigo - Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000. Foi revisado e atualizado, serviu como base para a palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, promovido pelo CRESS-6a. Reg, maio, 2007.

GUERRA, Y. **"O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional"**. IN: Revista Serviço Social e Sociedade, nº91 Ano XXVIII. SP: Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **80 anos do Serviço Social no Brasil:** A certeza na frente, a história na mão. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 128, p.13-38, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.091>>. Acesso em: 24 set. 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

KNOPP, Amanda Martins. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial:** a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDAKNOPP.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2016.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. **A reforma psiquiátrica brasileira:** aspectos históricos e técnicoassistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. **A INFLUÊNCIA DAS IDÉIAS HIGIENISTAS NO DESENVOLVIMENTO DA PSICOLOGIA NO BRASIL.** *Psicologia em Estudo - Dpi/cch/uem*, Maringá, v. 5, n. 1, p.115-137, 2000. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjBI_yZ-_DWAhVHgJAKHRENDZUQFggsMAE&url=http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n1/v5n1a08&usg=AOvVaw3aX27sbbtnTrH5Ab66D1L3>. Acesso em: 14 out. 2017.

MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (Org.). **A prática do assistente Social na saúde mental.** Rio de Janeiro: Editora Ufrj, 2013.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil:** marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 128, p.143-163, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.098>>. Acesso em: 24 set. 2017.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. **Serviço Social e Saúde Mental.** 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira:** instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232011001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Oct. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v. 16, n. 1, p.57-70, ,2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/77742/81736>>. Acesso em: 08 out. 2017.

SCHWINGEL, Roberta et al. **O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço.** 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718>>. Acesso em: 04 out. 2016.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. **O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade.** In: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 1., 2015, Florianópolis. Artigo. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj7tZSZ3NXWAhXMgZAKHS1vDpAQFggnMAA&url=http://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf&usg=AOvVaw0rn cZTdMQMsURkFeY5LxRz>. Acesso em: 03 out. 2017.

ZARA, Anamelia F. Prado et al. **Grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação na Atenção Básica: uma reflexão sobre a potência de dispositivos grupais.** Psicologia Revista, [S.l.], v. 17, n. 1/2, p. 77-97, fev. 2014. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18022>>. Acesso em: 13 out. 2017.

ANEXO A – PRODUÇÃO DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
AMARANTE, Paulo et al (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Coleção Loucura & Civilização).	AMARANTE, Paulo et al	Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade	Livro	2000	Saúde Mental, Filosofia	Neste conjunto de ensaios, a loucura é pensada como problema. Problema investigado por distintas 'visadas teóricas' de vários campos de saber, tais como a filosofia, a psicanálise, a psiquiatria e a antropologia. Os autores apresentam inúmeras articulações conceituais com esses campos, que, mesmo em meio à diversidade discursiva, aponta para um horizonte possível: pensar a loucura como diferença. A loucura aqui pensada como diferença, pôde escapar de encarceramento que lhe foi imposto pelo modelo disciplinar de uma sociedade manicomial. Sociedade que na passagem da 'idade clássica' para a 'modernidade' fez do espaço asilar um de seus principais dispositivos disciplinares. Dispositivos de regularização dos corpos que transformaram o fenômeno da loucura, com toda a sua tragicidade, em uma patologia. Os textos de Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade contêm, em quase sua totalidade, um diálogo com as obras de Michel Foucault e Franco Basaglia, cujas contribuições foram fundamentais para uma história das teorias e das práticas de normatização e de confinamento. O livro procura dar prosseguimento às questões suscitadas por tais pensadores e provocar um debate acerca dos 'modos de subjetivação' vigentes em nossa sociedade, assim como propor alternativas aos processos de 'patologização' da experiência trágica da loucura.	
ARAUJO, Adriano Kasiorowski de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 43, p. 917-928, Dec. 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400005&lng=en&nrm=iso >. Acesso em:	ARAUJO, Adriano Kasiorowski de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi	Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise	Artigo	2012	Avaliação; Saúde Mental; Acolhimento	Este trabalho relata a experiência de avaliação do acolhimento em saúde mental na cidade de São Paulo-SP, utilizando entrevistas com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Objetivou entender o acolhimento, considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo. Utilizou-se como método a hermenêutica filosófica, para identificar que elementos participantes do processo de acolhimento poderiam ser destacados. Procedeu-se à análise das narrativas a partir de três linhas de argumentação: vínculo, acolhimento e articulação da rede - resultando em quatro categorias: sensação de ausência; mistura de modelos; primazia em tecnologias duras; e ineficiência quanto à integralidade. A discussão apontou uma imbricação dessas categorias, colocando o investimento em tecnologias leves como centro do debate para a superação da sensação de ausência, da mistura dos modelos e para construção da integralidade do cuidado.	
ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.	ARBEX, Daniela	Holocausto Brasileiro.	Livro	2013	Direitos humanos – Violação; Genocídio; Hospitais psiquiátricos; Hospital Colônia – Barbacena (MG) – História; Livro-reportagem; Pacientes hospitalizados – Maus-tratos	Durante décadas, milhares de pacientes foram internados à força, sem diagnóstico de doença mental, num enorme hospício na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. Ali foram torturados, violentados e mortos sem que ninguém se importasse com seu destino. Eram apenas epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, meninas grávidas pelos patrões, mulheres confinadas pelos maridos, moças que haviam perdido a virgindade antes do casamento. Ninguém ouvia seus gritos. Jornalistas famosos, nos anos 60 e 70, fizeram reportagens denunciando os maus tratos. Nenhum deles — como faz agora Daniela Arbex — conseguiu contar a história completa. O que se praticou no Hospício de Barbacena foi um genocídio, com 60 mil mortes. Um holocausto praticado pelo Estado, com a conivência de médicos, funcionários e da população.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BARROS, Delba Machado; SA, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, Aug. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-	BARROS, Delba Machado; SA, Marilene de Castilho	O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência	Artigo	2010	Saúde da família; Produção do cuidado; Processo de trabalho em saúde; Serviço de emergência	Esse estudo examina o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família (USF), em um município de pequeno porte, no interior do Estado do Rio de Janeiro. Parte-se da pergunta sobre o que estaria levando a população adscrita a uma USF ao serviço de emergência (SE) de um hospital geral. Foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas com plantonistas e usuários no SE e em grupo com os usuários e com a equipe de saúde da família, na USF, além de observação participante. O campo teórico da gestão em saúde e da psicossociologia embasaram essa pesquisa. Concluiu-se que o modus operandi da USF, a acessibilidade geográfica e organizacional e o aparato tecnológico do SE acabam por conduzir a população a procurar o serviço de emergência do hospital geral do município estudado em situações agudas de sofrimentos e angústias.	
BARTEL, Tainã Eslabão et al. Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência. Revista Baiana Saúde Pública, [s.l.], v. 38, n. 3, p.164-173, 1 mar. 2015. Zeppelini Editorial e Comunicacao. http://dx.doi.org/10.5327/z01	Tainã Eslabão Bartela Marcelo Melo Silvaa Isabel Cristina Saboia Sturbellea Sheila Quandt Xavierb Daiane Dal Paic Teila Ceolina Maria Elena Echevarria-Guanilod	Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência	Artigo	2015	Acolhimento. Centros de Saúde. Humanização da Assistência. Educação em Saúde	Relato de experiência de ações extensionistas de educação em saúde, realizadas por acadêmicos de enfermagem junto aos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas - RS. As ações foram realizadas em espaços de encontro com usuários de três UBS, com objetivo de problematizar a organização da rede de saúde municipal após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Hospital de Pronto Socorro. Foi possível dialogar acerca das dificuldades encontradas na atenção básica e o caráter resolutivo atribuído ao serviço de urgência/emergência. Constatou-se a necessidade de investimentos na reorganização dos fluxos de atenção à saúde no município.(AU)	
BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, Mar. 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&em=iso	BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica	A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas	Artigo	2008	Reforma Psiquiátrica Brasileira, saúde mental, prática clínica	A Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao engendrar novos dispositivos assistenciais e novas práticas clínicas, cria atividades práticas anteriormente desconhecidas da saúde mental. Este projeto de pesquisa pretende contribuir para o avanço do conhecimento dessas novas práticas clínicas. Para tanto, propõe a criação do Laboratório de Saúde Mental, um grupo permanente de pesquisa que reunirá trabalhadores de saúde mental para narrarem suas vivências clínicas. Pretende-se com isso: 1) construir um arquivo das vivências clínicas de trabalhadores de saúde mental; 2) transformar vivências clínicas em experiências socialmente compartilhadas; e 3) criar um banco de dados sobre as práticas clínicas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira para uso de trabalhadores e pesquisadores.	
BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.	BISNETO, José Augusto	Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática	Livro	2007	Deficientes mentais; Saúde Mental – Brasil; Serviço Social – Brasil	Este livro é capaz de trazer subsídios para se pensar as dificuldades da prática do assistente social no campo da Saúde Mental, pela análise dos fatores constitutivos do processo de trabalho: as políticas setoriais na área, a realidade social dos usuários (enquanto classe), a quantidade de recursos alocados nos diferentes estabelecimentos e programas, os objetivos e demandas dos empregadores e as relações de poder institucional. Para isso dá atenção à história do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil, às políticas neoliberais em vigência, às contradições econômicas, políticas e ideológicas no exercício da psiquiatria em um campo complexo como o dos transtornos mentais e à multiplicidade de questões teóricas aportados sobre o tema.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela	BRASIL - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE).	Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE).	Lei	1989	Pessoas com deficiência. Lei	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE).	
BRASIL. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm	BRASIL - ECA	Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).	Lei	1990	Estatuto da Criança e do Adolescente. ECA. Lei	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	
BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 31 dez. 1990.	BRASIL – SUS	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	Lei	1990	Sistema Único de Saúde. Lei	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)	
BRASIL. Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Benefícios da Previdência Social. Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em:	BRASIL – PREVIDÊNCIA SOCIAL	Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991. Benefícios da Previdência Social.	Lei	1991	Previdência Social – Brasil. Benefícios	Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Benefícios da Previdência Social.	
BRASIL. Lei nº 8.742/93, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS). Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em:	BRASIL – LOAS	Lei nº 8.742/93, de 07 de dezembro de 1993. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS)	Lei	1993	Lei orgânica da assistência social . LOAS	Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS).	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10a. ed. rev. e atual. - Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2012.	BRASIL. Código de ética do/a assistente social	Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão	Lei	2012	SOCIAL (LOAS)	A presente edição do Código de Ética do/a Assistente Social e da Lei 8662/93, revista e ampliada, incorpora as alterações do Código discutidas e aprovadas no 39o Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em setembro de 2010 na cidade de Florianópolis (SC), e inclui as modificações na Lei de Regulamentação da Profissão, decorrentes da aprovação da Lei 12.317/10, que instituiu a jornada de trabalho de 30 horas semanais sem redução salarial para assistentes sociais.	
BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. 2013a. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Disponível em:	Ministério da Saúde	Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental	Manual	2013	Saúde mental. Atenção básica. Atenção em saúde mental no SUS	Caro leitor, este material foi escrito por profissionais que já desenvolveram trabalhos ligados à saúde mental e à abordagem do álcool e outras drogas no campo da Atenção Básica. Escrevemos este caderno com a expectativa de estimular e compartilhar o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, também almejamos que este caderno possa dialogar com a sua realidade de profissional de Saúde, trazendo cenas e questionamentos que acreditamos serem fundamentais ao exercício do trabalho com a saúde mental.	
BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao.pdf>	BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde, 2013	Política Nacional de Humanização – PNH	Folheto	2013	Rede HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização	Um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas. Todos com um interesse comum: conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa virtual o tema da humanização.	
BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 04 out. 2016.	BRASIL, Ministério da Saúde	Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde	Cartilha	2010	SUS (BR). Política de saúde. Prestação de cuidados de saúde.	O presente texto está organizado nos seguintes tópicos: 1. O que entendemos por “acolhimento”? 2. Como transpor essas reflexões para o campo da saúde? Ou qual é o sentido dessas reflexões para as práticas de produção de saúde? 3. O acolhimento no SUS: um pouco de história; 4. O acolhimento como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS; 5. O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho; 6. O acolhimento com avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e da produção de saúde; 7. Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde; 8. Algumas maneiras de fazer; 9. Alguns dispositivos (tecnologias); 10. Na situação concreta do serviço, algumas questões a considerar; 11. Referências.	8

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais - nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 1/2016.	BRASIL. Constituição (2016)	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Constituição	2016	Constituição, Brasil (1988); Emenda Constitucional, Brasil; Decreto Legislativo, Brasil	Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.	
BRASIL. Elizabete Vieira Matheus. Coordenação Geral da Pnh no Ministério da Saúde. O que é o HumanizaSUS. 2014. Disponível em:	BRASIL. Elizabete Vieira Matheus	O que é o HumanizaSUS	Site	2014	Saúde – Brasil, SUS, HumanizaSUS	Esclarecimento do que é HumanizaSUS segundo a Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.	
BRASIL. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/ndt/sm_sus >	Brasil (2004)	Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial	Cartilha	2004	Saúde mental, Acesso aos serviços de saúde, Prestação de cuidados de saúde, Brasil	Esta publicação tem a intenção de ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a saberem um pouco mais sobre os CAPS. Informações sobre a origem dos CAPS, seu crescimento em todo o país, a integração com a rede de saúde, a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a rede básica, as oficinas terapêuticas e vários outros temas são apresentados de maneira simples, com o objetivo de esclarecer sobre o modo de funcionamento desses novos serviços de saúde mental.	1
BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Sistema Único de Saúde (sus). Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >	Brasil (1990)	Sistema Único de Saúde (SUS)	Lei	1990		Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Sistema Único de Saúde (SUS)	
BRASIL. Ministério da Saúde (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.. Reforma Psiquiátrica e Os Direitos das Pessoas Com Transtornos Mentais no Brasil. Brasília, SP, 09 abr. 2004. Disponível em:	BRASIL. Ministério da Saúde (2001)	Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.	Lei	2001	Reforma psiquiátrica, Lei nº 10.216	A Lei 10.216 – Reforma Psiquiátrica e Os Direitos das Pessoas Com Transtornos Mentais no Brasil, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Ministério da Saúde. Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental. 2013. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br	BRASIL. Ministério da Saúde	Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental	Site	2013	Saúde mental, CAPS	Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde.	Saúde mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial		2004	Saúde mental. CAPS.	Esta publicação tem a intenção de ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a saberem um pouco mais sobre os CAPS. Informações sobre a origem dos CAPS, seu crescimento em todo o país, a integração com a rede de saúde, a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a rede básica, as oficinas terapêuticas e vários outros temas são apresentados de maneira simples, com o objetivo de esclarecer sobre o modo de funcionamento desses novos serviços de saúde Mental.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)	Brasil. Ministério da Saúde	Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde	Cartilha	2006	SUS, Política de saúde, Prestação de cuidados de saúde	Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. No percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)	BRASIL. Ministério da Saúde	Cadernos HumanizaSUS - Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização	Caderno	2010	Humanização do atendimento, Formação profissional em saúde, Gestão do trabalho e da educação em saúde.	A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.	BRASIL - Política Nacional de Humanização.	HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde	Site	2004	HumanizaSUS. Acolhimento. Classificação de Riscos e vulnerabilidades	O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.	
BRASIL. Porta da Saúde Brasil. Ministério da Saúde. CAPS - Legislação da Saúde Mental. 2014. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps.pdf	BRASIL – Ministério da Saúde	Legislação da Saúde Mental	Site	2014	CAPS. Saúde Mental. Legislações	As legislações que regulam a Política Nacional de Saúde Mental	
BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. 2014. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps.pdf	BRASIL – Ministério da Saúde	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	Site	2014			
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.	Brasil (2010)	Política Nacional de Promoção da Saúde	Site	2010	Promoção da saúde; Qualidade de vida; Sistema Único de Saúde		
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Conheça o SUAS. 20--?. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/suas/conheca >. Acesso em: 24 set. 2017.	BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social	Conheça o SUAS	Site	20--?	SUAS, Assistência Social	Esclarecimento do que é o Sistema Único de Assistência Social, o SUAS, segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome do Brasil.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
BRASIL. Portal Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde habilita cinco Centros de Atenção Psicossocial em SP. Disponível em: http://www.portal-brasil.gov.br/assuntos/psicossocial	BRASIL. Portal Brasil	Ministério da Saúde habilita cinco Centros de Atenção Psicossocial em SP	Site	2016	Saúde mental, CAPS	Ministério da Saúde habilita cinco Centros de Atenção Psicossocial em SP. As unidades tem por objetivo consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, promovendo a liberdade e os direitos das pessoas com transtornos mentais.	
BRASIL. Portal Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Sistema Único de Assistência Social completa 10 anos. 2015. Disponível	BRASIL. Portal Brasil	Sistema Único de Assistência Social completa 10 anos	Site	2015	SUAS, Assistência Social	O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) lança a marca de 10 anos do Sistema Único de Assistência Social (Suas).	
BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2012.	BRAVO, Maria Inês Souza et al	Saúde e Serviço Social	Livro	2012	Assistência Social – Brasil; Brasil – Política Social; Política médica – Brasil; Seguridade Social – Brasil; Serviço Social – Brasil	Neste livro, professores e alunos vinculados à Faculdade de Serviço Social UERJ, ao examinar políticas de saúde como o Programa de Saúde de Família (PSF), serviços de Saúde Reprodutiva, e oferecerem contribuições específicas para lidar com os temas como Envelhecimento, Saúde Mental, Dependência a Drogas, Gravidez na Adolescência, Gênero e Sexualidade, Saúde e Trabalho, mostram que os cientistas sociais podem e devem assumir a perspectiva de um intelectual coletivo engajado na afirmação dos direitos sociais contra a desigualdade e a opressão vigentes em nosso país. A reflexão crítica sobre as contradições entre o público e o privado, a universalização e focalização, a saúde coletiva e a clínica, a educação e a culpabilização que atravessam o campo da saúde como política e prática, traz proveitos a todos os profissionais, técnicos e pesquisadores envolvidos com a implementação do Sistema Único de Saúde e a defesa da saúde como direito social. Mas até mesmo as questões particulares do Serviço Social lança luz sobre o sentido do que fazer na saúde. Os autores perguntam-se sobre o projeto ético-político da profissão: diante das contradições assinaladas, o assistente social deve empenhar-se em responder às demandas dos serviços, envolver-se nas urgências do cotidiano e na especialização que lhes é requerida, cumprindo um papel de controle social, ou, inversamente, tomar estas experiências como pontos de partida para aprofundar a Reforma Sanitária, em defesa da saúde como seguridade social e da mudança mais ampla da própria ordem social?	
BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 128, p.85-103, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0	BRAZ, Marcelo	O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário	Artigo Revista	2017	Democracia, Impeachment, Conservadorismo, Reacionismo	Discutimos a crise brasileira e o processo político que levou à ascensão de um conservadorismo reacionário e ao impeachment de Dilma Rousseff. Procuramos mostrar de que forma as personagens centrais da conjuntura encarnaram interesses reais de classes, especialmente aqueles vinculados ao capital financeiro e a seus agentes internos, bem como oferecer elementos para que o leitor entenda os limites da democracia no Brasil e os resultados da política de conciliação de classes em nosso país.	
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/revista.php?m=1&n=1	BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria	Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive	Artigo	2010	Saúde mental. Intersetorialidade. Integralidade. Ação profissional	O presente artigo traz para discussão a prática profissional do serviço social na saúde mental, a partir da experiência de estágio curricular, desenvolvido no CAPS Escola, em Pelotas. Tem como objetivo demonstrar a importância da atuação em rede, como primeiro passo para o alcance de ações intersetoriais na saúde mental, a partir do processo de interlocução realizado no CAPS com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Destaca, ainda, o papel fundamental da ação profissional do assistente social na construção de uma rede de cuidados dirigida para a integralidade do atendimento, tendo como compromisso a autonomia e desenvolvimento da cidadania do usuário da Política de Saúde Mental.	7

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
CACAPAVA, Juliana Reale et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1256-1260, Dec. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0	CACAPAVA, Juliana Reale	Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental	Artigo	2009	Saúde mental; Equipe de assistência ao paciente; Atenção primária à saúde; Assistência integral à saúde; Cartografia	Este estudo tem por objetivo cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde, analisando o trabalho em equipe à luz da integralidade das ações de saúde. Seus participantes são trabalhadores de saúde, de diferentes profissões, que fazem parte dos processos de trabalho em saúde mental do serviço. A técnica de coleta de dados utilizada foi o fluxograma analisador. Os resultados nos mostram que, na Unidade Básica, os fluxos conectivos entre os diversos trabalhadores - e entre estes e os usuários - vêm produzindo e proliferando vários e distintos espaços coletivos de trocas, possibilitando ações de saúde alinhadas à perspectiva da integralidade, através de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença mental, construída pela valorização das relações humanas e das subjetividades envolvidas no espaço do trabalho em saúde.	
CAÇAPAVA, Juliana Reale. O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe. 2008. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-05052009-121722/pt-br.php >. Acesso em: 04 out. 2016.	CAÇAPAVA, Juliana Reale	O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe.	Dissertação	2008	Acolhimento, Atenção primária à saúde, Equipe de cuidados de saúde, Saúde mental	Fazem parte do campo da Atenção Básica à Saúde diversos elementos que compõem a vida das pessoas e que podem produzir ou agravar o sofrimento mental, demandando um cuidado que considere o modo como são produzidas as condições de existência do sujeito, estratégia que depende da rede de relações estabelecidas entre os trabalhadores do serviço porque as novas práticas em saúde, com vistas à integralidade da atenção, exigem uma interação entre diferentes saberes e fazeres. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar a produção do cuidado em saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde, tomando como analisador do trabalho em equipe o acolhimento, mediante sua potência em resgatar a humanização das relações e o espaço do trabalho como um lugar de sujeitos. Trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo, do qual participaram trabalhadores de saúde, de diferentes profissões, que fazem parte dos processos de trabalho em saúde mental do serviço. As técnicas de coleta de dados empregadas foram o grupo focal e o fluxograma analisador; os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, gerando quatro categorias empíricas: 1) O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças a construção de uma equipe de saúde mental no serviço, através de uma sinergia transformadora da concepção do cuidado, disparando ações conjuntas que abriram os fluxos conectivos entre os profissionais, a partir da releitura de sua própria práxis e do enfrentamento dos conflitos; 2) O acolhimento como um analisador da organização do trabalho em equipe - o fluxograma revelando que as redes de conexão entre os diversos trabalhadores, no serviço, multiplicaram	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil. Campinas, Sp: Papel Social, 2013	CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves	Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil	Livro	2013	Ética; Ética profissional; Serviço Social	O futuro do projeto ético-político da profissão depende, dentre outros requisitos, da renovação de quadros profissionais e intelectuais capazes de reproduzir, com qualidade, a massa crítica teórica tão arduamente construída nas últimas décadas pelo Serviço Social brasileiro. O livro que Priscila nos oferece se soma a essa imperiosa tarefa que a autora cumpre com competência. Em 1998, no IX CBAS, a expressão "projeto ético-político" ainda era relativamente desconhecida entre os assistentes sociais brasileiros. Passados quinze anos, ela foi absorvida pela produção de conhecimentos da área que nos legou um já considerável estoque crítico, com boas produções, que, se não esgota, oferece caminhos investigativos os mais diversos inclusive aqueles que discutem os limites históricos colocados a sua hegemonia. Temos aqui uma dessas boas produções! A autora retoma a noção de projetos coletivos e dentre eles os projetos profissionais. De modo didático, seu trabalho mergulha nos pressupostos teóricos-históricos que permitem pensar a noção do projeto coletivo como produto da práxis humana em suas múltiplas formas. Aborda especificamente as dimensões que materializam os projetos profissionais do Serviço Social, demonstrando que estas só têm sentido se forem historicamente compreendidas. Sem abrir mão da centralidade do trabalho a autora enfrenta, ainda, as polêmicas marxistas acerca do lugar e do papel da ética e da moral na história dos homens, explorando e deixando pistas interessantes. O livro problematiza também as condições atuais da profissão, a partir de uma retrospectiva histórica com destaque para a construção do projeto ético-político que, nas mãos de autores, recebe um tratamento criativo e	
CFESS. Informações gerais. 2017. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/informacoes-gerais >. Acesso em: 14 Out. 2017	CFESS	Informações gerais sobre o Conselho Federal de Serviço Social	Site	2017	CFESS. Serviço Social	O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).	
CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Acolhimento e Serviço Social: Contribuição Para A Discussão Das Ações Profissionais no Campo da Saúde. 2010. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?dow n=47809 >. Acesso em: 04 out. 2016.	CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso	Acolhimento e Serviço Social: Contribuição Para A Discussão Das Ações Profissionais no Campo da Saúde	Artigo	2010	Acolhimento, Serviço Social, Intervenção Profissional.	O acolhimento tem sido estudado no âmbito da saúde por autores que o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos. É tratado em meio à discussão da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. O objetivo do presente estudo é oferecer algumas contribuições acerca da discussão do acolhimento em saúde, para os assistentes sociais, que atuam em diferentes espaços sócioocupacionais da profissão. Os dados aqui apresentados têm como base pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, com universo formado assistentes sociais que atuam em Hospitais Estaduais situados na grande Florianópolis. Pode-se dizer que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento, desde a utilização da entrevista até dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.	9

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
CHUPEL, Cláudia Priscila. Acolhimento e Serviço Social: Um Estudo Em Hospitais Estaduais Da Grande Florianópolis. 2008. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Cap. 3. Disponível em: < http://livros01.livrosgratis.com.br/cp107953.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	CHUPEL, Cláudia Priscila	Acolhimento e Serviço Social: Um Estudo Em Hospitais Estaduais Da Grande Florianópolis	Dissertação	2008	acolhimento, Serviço Social, intervenção profissional	O acolhimento tem sido estudado no âmbito da saúde por autores que o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos. É tratado em meio à discussão da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. O objetivo do presente estudo é analisar como o acolhimento tem sido operacionalizado pelos Assistentes Sociais. A investigação foi do tipo exploratória, de natureza qualitativa, e o universo, formado por treze Assistentes Sociais, de cinco Hospitais Estaduais situados na grande Florianópolis. Por meio de entrevistas gravadas, averiguou-se como as entrevistadas compreendem o acolhimento no tocante à sua concepção, aos objetivos, à operacionalização e quais os fundamentos em que baseiam seu fazer profissional. Os resultados alcançados revelaram que as definições sobre o acolhimento contêm diferentes elementos, como: fornecimento de informações; conhecimento da demanda do usuário; escuta; postura profissional; comportamento cordial; e classificação de risco. Os objetivos estabelecidos para o acolhimento foram: garantir o acesso do paciente; estabelecer o vínculo e subsidiar decisões das ações a serem empreendidas. A operacionalização do acolhimento ocorre mediante a realização de entrevistas, que é o momento do reconhecimento entre os sujeitos envolvidos bem como da situação do usuário. Quanto às bases que sustentam o agir profissional para a realização do acolhimento, foram identificados: conhecimento oriundo da formação interdisciplinar do Assistente Social; conhecimento das particularidades e necessidades do campo da saúde; operacionalização das	
COELHO, Vania Figueiredo. Acolhimento em saúde mental na unidade básica: Uma revisão teórica. 2010. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Cap. 7. Disponível em: < https://www.nescon.medici.ufmg.br/biblioteca/image/m/2608.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	COELHO, Vania Figueiredo	Acolhimento em saúde mental na unidade básica: Uma revisão teórica	Monografia	2010	Acolhimento, saúde mental, unidade básica	A Organização Mundial de Saúde (2001) acredita que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020. Em virtude disso, observa-se a importância da melhoria dos serviços de saúde dedicados aos pacientes com transtornos mentais nas diversos âmbitos da saúde. O objetivo desse trabalho consiste em realizar uma revisão teórica sobre saúde mental na atenção básica, identificando a importância do acolhimento como porta de entrada das demandas em saúde mental na atenção básica e contextualizando o critério de responsabilização da equipe de saúde da família nas ações em saúde mental. A metodologia utilizada para esse trabalho foi a seleção de artigos de interesse a partir de levantamentos bibliográfico em acervos do sistema informatizado: Bireme, Scielo, Lilacs, nos sites com dados estatísticos oficiais do governo - Datasus e IBGE e na Biblioteca Joaquim Baeta Vianna (UFMG) em Belo Horizonte. A partir da elaboração dessa revisão foi observado que o acolhimento em saúde pressupõe dar atenção ao indivíduo de maneira que o mesmo se sinta confortável e apto a receber um atendimento ímpar, por meio de parâmetros humanitários, éticos, técnicos e solidários. Sendo assim, o profissional capacitado em prestar um bom acolhimento tem condições de ouvir o paciente de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, sendo capaz de promover maior efetividade e eficiência no decorrer do seu trabalho. Concluímos que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica são características essenciais na unidade básica de saúde no país, sendo imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais. Para que isso ocorra	
COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2005.	COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.	Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços	Livro	2005	Previdência Social – Brasil, Serviços de Saúde – Brasil, Serviços de saúde – Administração – Brasil	Os dois textos que compõem esta publicação têm como objetivo analisar, reconstruindo a trajetória histórica, as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde no Brasil. A preocupação fundamental dos autores constitui em sistematizar, de forma didática e sintética os principais elementos que permitem aos estudantes, estudiosos e profissionais da Saúde Coletiva no Brasil disporem de informações e de instrumentos de análise para a compreensão dessa complexa realidade, e para a identificação dos principais problemas e desafios que o país vem enfrentando no setor.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032	CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	Artigo	2011	Saúde da família; Saúde mental; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Enfermagem psiquiátrica.	A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira bem como demanda a reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental. Este estudo tem por objetivo identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental. Mediante análise sistemática emergiram os seguintes temas: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento; oficinas terapêuticas. Concluiu-se que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor indicando que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais.	1,5
CRESS. Conjunto CFESS/CRESS. 2017. Conselho Federal de Serviço Social - 7ª Região - Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www.cressrj.org.br/site/conjuntocfesscress/ >. Acesso em: 14 out. 2017.	CRESS – RJ	Conselho Federal de Serviço Social – 7ª Região - Rio de Janeiro.	Site	2017	CRESS. Serviço Social	Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) – autarquia com personalidade jurídica de direito público vinculado ao CFESS, com autonomia administrativa e financeira e jurisdição estadual. Conforme a Lei 8662/93 tem como atribuições, dentre outras: organizar e manter o registro profissional dos assistentes sociais; fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de Serviço Social; zelar pela observância do Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Regional de Ética Profissional e aplicar as sanções previstas no Código de Ética Profissional. O gerenciamento da entidade fica sob a direção de dezoito assistentes sociais com registro ativo no Estado. A diretoria é eleita pela categoria para um mandato de três anos, sem remuneração. Sendo permitida uma reeleição, com garantia de renovação de 2/3 de seus membros. Têm sedes nas capitais dos estados.	
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN, Magda	O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais	Artigo	2006	Saúde mental, Reinserção social, Atenção integrada, Políticas públicas, Portadores de transtornos mentais	Com este trabalho, pretende-se contribuir com a discussão sobre os atuais desafios da política de saúde mental, especialmente a questão da reinserção social de portadores de transtornos mentais. Para tanto toma, como elementos inspiradores, duas situações ocorridas em serviços de saúde mental brasileiros, que revelam os desafios hoje colocados aos gestores e aos trabalhadores desse campo. Entende-se que diferentes ações podem ter repercussões claras e diretas no processo de reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental. Entretanto, focamos a atenção em três aspectos: a dinâmica das instituições de saúde; a construção de uma rede integrada de atenção à saúde e o reordenamento dos serviços de atenção especializados; o enfrentamento da lógica manicomial que perpassa o cotidiano dos serviços e práticas profissionais.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
FALCONE, Vanda Mafra et al. . Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 612-618, Aug. 2005 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015 >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015 .	FALCONE, Vanda Mafra et al	Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes	Artigo	2005	Mulheres grávidas. Sintomas afetivos. Depressão. Saúde mental. Complicações na gravidez. Equipe de assistência ao paciente.	OBJETIVO: Identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervir com grupos psicoprofiláticos e avaliar as possíveis alterações após intervenção. MÉTODOS: Foram atendidas 103 gestantes (71 adultas e 32 adolescentes) em programa comunitário no bairro Paraisópolis, na capital do Estado de São Paulo. Utilizaram-se os instrumentos: Self Reporting Questionnaire e Beck Depression Inventory. Foram realizados 10 encontros semanais, de duas horas de duração com abordagem no vínculo mãe/feto, em temas relacionados à gestante e ao bebê e esclarecimentos de dúvidas das gestantes. Para comparação da saúde mental antes e após intervenção, usou-se o teste do qui-quadrado (c2), aceitando-se como significante $p < 0,05$. RESULTADOS: Transtornos afetivos foram observados em 45 (43,7%) das gestantes antes da intervenção, e após, em 23 (22,3%). O impacto da intervenção sobre os transtornos afetivos foi estatisticamente significante ($p = 0,001$). Já para a presença de depressão, antes da intervenção 21 (20,4%) gestantes apresentavam depressão, e após, 13 (12,6%), entretanto sem diferenças estatísticas significantes ($p = 0,133$). CONCLUSÕES: A atuação multiprofissional no grupo de gestantes, tanto em adultas como em adolescentes, previne, detecta e trata transtornos afetivos presentes no período gravídico.	
FALEIROS, Vicente de Paula. Globalização, correlação de forças e serviço social. São Paulo: Cortez, 2013.	FALEIROS, Vicente de Paula	Globalização, correlação de forças e serviço social.	Livro	2013	Serviço Social. Aspectos políticos. Serviço Social como profissão	Este livro trata das relações entre a globalização, serviço social, e prática profissional na perspectiva da correlação de forças, de fortalecimento de poder dos dominados e sujeitos de direitos dos serviços sociais. Aprofunda a discussão da atuação profissional nas condições de mercadorização capitalista global, de agravamento das desigualdades e de precarização do trabalho.	
FALEIROS, Vicente de Paula. Saber profissional e Poder institucional. São Paulo: Cortez, 2011.	FALEIROS, Vicente de Paula.	Saber profissional e Poder institucional	Livro	2011	Participação social. Serviço Social. Serviço Social como profissão	Na perspectiva de análise aqui presente considera-se que o saber profissional e poder institucional são formas históricas da relação entre classes e forças sociais e da relação entre Estado e sociedade. A produção e organização do saber profissional são processos de domínio e de legitimidade de classe, de controle e de direcionamento da dinâmica social. O saber é uma forma de enfrentar desafios da natureza como de contornar ou estimular conflitos, de justificar ou criticar a ordem social, de articular a continuidade ou a transformação da sociedade e se coloca no processo da luta de classes e da correlação de forças sociais. O saber é práxis, concepção de mundo em conflito, relativo às relações de classes e forças sociais.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. Artigo - Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000. Foi revisado e atualizado, serviu como base para a palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, promovido pelo CRESS-6a. Rio de Janeiro, maio.	GUERRA, Y.	A instrumentalidade no trabalho do assistente social	Artigo	2007	Instrumentalidade. Serviço Social	A primeira vista, o tema instrumentalidade no exercício profissional do assistente social parece ser algo referente ao uso daqueles instrumentos necessários ao agir profissional, através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades em resultados profissionais propriamente ditos. Porém, uma reflexão mais apurada sobre o termo instrumentalidade nos faria perceber que o sufixo "idade" tem a ver com a capacidade, qualidade ou propriedade de algo. Com isso podemos afirmar que a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico.	
GUERRA, Y. "O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional". IN: Revista Serviço Social e Sociedade, nº91 Ano XXVIII. SP: Cortez Editora, 2007.	GUERRA, Y.	O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional"		2007	Serviço Social. Prática social	O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional"	
FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. 2005. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VIII, 1, 109-122. Disponível em: < http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/juarez2005atransposicao_daspoliticas.pdf >. Acesso	FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko	A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços	Artigo	2005	Avaliação de serviços, gestão de serviços, políticas de saúde, reforma psiquiátrica	A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, preconizada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica se insere além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Por se tratar de uma profunda alteração da resposta social à loucura, implica mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação. No presente artigo, identificamos alguns impasses advindos da inserção do Movimento da Reforma Psiquiátrica nas políticas dos governos estaduais e do federal, abordamos questões originadas da transposição das diretrizes desta última para o plano operacional nos serviços e finalmente discutimos o papel estratégico da gestão destes últimos na tradução das diretrizes gerais em práticas assistenciais qualificadas.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2000.	IAMAMOTO, M. V	O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional	Livro	2000	Política social. Serviço social. Serviço social- Brasil. Serviço social como profissão	O livro, que ora vem a público, congrega um conjunto de ensaios articulados em torno da análise do Serviço Social na cena contemporânea, no marco das céleres transformações que vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade brasileira. Sob a égide do capital financeiro, a nova face da internacionalização da economia - a globalização -redimensiona a divisão internacional do trabalho, em um contexto de crise de larga duração que, desde a década de 1970, vem atingindo a expansão capitalista. Na contratendência desses processos, desencadeia-se uma ampla reestruturação produtiva - incorporando os avanços da ciência e da tecnologia de ponta - acompanhada de mudanças nas formas de gestão da força de trabalho. Alia-se uma radical alteração das relações entre o Estado e a sociedade, condensada na "Reforma do Estado", conforme recomendações de políticas de ajuste das economias periféricas, preconizadas pelos organismos internacionais. Um dos resultantes dessas políticas concentracionistas de capital, renda e poder no país tem sido o agravamento da questão social, que tem no desemprego e no subemprego suas mais nítidas expressões. Verifica-se uma precarização do conjunto das condições de vida de segmentos majoritários da população brasileira, quadro esse agravado com a retração do Estado em suas responsabilidades sociais, justificada em nome da "crise fiscal".	
IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima, Peru – Celats, 2008.	IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de	Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica	Livro	2008	Serviço Social – Brasil, Serviço Social – Brasil História, Serviço Social como profissão	Neste livro, Marilda Villela Iamamoto e Raul Carvalho apresentam uma contribuição importante para o conhecimento das relações de classes no Brasil. Trata-se de trabalho indispensável, pelos aspectos históricos e teóricos examinados. A história do Serviço Social no Brasil tem muito a ver com a história da sociedade brasileira. As atividades das instituições e dos profissionais do Serviço Social revelam novos e surpreendentes aspectos das relações sociais. Por um lado, são trabalhadores, operários, empregados e funcionários que estão em causa, como pessoas, famílias, grupos e categorias sociais. Por outro, são empresários, governantes e setores da Igreja que se acham em questão. Vistas em conjunto, e ao longo da história, essas relações expressam diferentes ângulos das relações de classes. Sob vários aspectos, este livro é importante para o conhecimento da teoria e prática do Serviço Social. Trata-se de mais uma contribuição notável à compreensão da história das relações e contradições de classes na sociedade brasileira.	
IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: A certeza na frente, a história na mão. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 128, p.13-38, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.091 >. Acesso em: 24 set. 2017.	IAMAMOTO, Marilda Villela	80 anos do Serviço Social no Brasil: A certeza na frente, a história na mão	Artigo Revista	2017	História do Serviço Social no Brasil; Fundamentos do Serviço Social; Trabalho profissional	O texto versa sobre o tema central do XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em setembro de 2016, em Pernambuco. Contextualiza o Serviço Social em tempos de crise econômica e política no país, com ampla investida contra o legado de direitos dos trabalhadores e avanço na privatização da coisa pública, salientando distintas formas de resistência de segmentos organizados de trabalhadores contra as desigualdades e disparidades sociais. Apresenta um quadro da situação atual do trabalho e formação acadêmica no Serviço Social brasileiro e efetua uma retrospectiva dessas oito décadas de seu desenvolvimento e renovação crítica. Registra alguns desafios ao Serviço Social em tempos de crise e conclui afirmando a necessidade de qualificar o exercício profissional, de retomar o trabalho de educação de base no apoio à organização e aos movimentos dos trabalhadores na defesa dos direitos conquistados e da democracia.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
IASI, Mauro Luis. O Serviço Social aos 80 anos diante de um novo Brasil. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 128, p.72-84, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.094 >. Acesso em: 24 set. 2017.	IASI, Mauro Luis	O Serviço Social aos 80 anos diante de um novo Brasil	Artigo Revista	2017	Serviço Social, Estado, Hegemonia, Luta de classes	Aos 80 anos do Serviço Social no Brasil avalia-se o encerramento de um período histórico aberto com a crise da autocracia burguesa e o processo de democratização que se seguiu, assim como o desfecho que interrompe os treze anos de governos petistas de coalizão de classes. Destaca-se a compreensão sobre o caráter do Estado burguês e a compreensão sobre a natureza e os limites da disputa de hegemonia que predominou nas forças progressistas no período analisado.	
JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al . Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 241-248, June 2009 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006&lng=	JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al	Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial	Artigo	2009	Avaliação. Saúde mental. Políticas públicas.	Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a política de saúde mental em sua concretização através da análise dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Consiste numa pesquisa qualitativa, realizada em 2006 a partir de documentos fundamentais no processo de planejamento e gestão da política de saúde mental, a saber 21 projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil que sofreram uma análise documental qualitativa por temas. Conclui apontando no conjunto de documentos analisados, propostas marcadamente alinhadas aos pressupostos da reforma psiquiátrica e outros que, para além das contradições típicas de um processo em construção, apresentam um discurso autoritário, disciplinador e em sentido contrário aos pressupostos, inclusive do aparato normativo do modo de atenção psicossocial.	
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC AMANDA KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP, Amanda Martins	Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social	TCC	2012	Saúde Mental, Portadores de Transtornos Mentais, Serviço Social, Reforma Psiquiátrica, CAPS	Este Trabalho de Conclusão de Curso tematiza a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, identificando a prática desenvolvida pelo assistente social nesse campo de atuação. O trabalho foi motivado por reflexões realizadas a partir de dois campos de estágio na referida área: o HCTP – Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina e o CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes. O presente trabalho apresenta um breve histórico sobre a Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica; apresenta também a Saúde Mental em âmbito nacional, trazendo dados sobre a política de Saúde Mental no Brasil e sobre os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. O objetivo inicial das internações não era o tratar e reabilitar essas pessoas para o convívio em sociedade, mas sim, excluí-las para que não representassem nenhuma ameaça à ordem estabelecida. A Reforma Psiquiátrica surge devido à necessidade de mudanças nas práticas de saúde e foi motivada pela crise no modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos, sendo um marco fundamental nas mudanças que estão em curso. O Serviço Social passou a fazer parte da área da Saúde Mental, atuando junto aos pacientes e com os familiares e/ou cuidadores dos portadores de transtornos mentais, sendo registrado seu ingresso nessa área, o ano de 1946.	2

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, Sept. 2016. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. Epub May 17, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/180	LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda	O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise	Artigo	2016	Saúde mental; Atenção à crise; Apoio matricial.	A atenção à crise e o apoio matricial são estratégias para o fortalecimento da atenção psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir das ações do matriciamento de uma equipe de CAPS II, este artigo discute as interferências do apoio matricial na atenção à crise. Como pesquisa interventiva, utilizamos entrevistas e rodas de conversas com trabalhadores do serviço. Identificando-se a necessidade de promover ampliação na capacidade de acolhimento e cuidado de equipes da Estratégia Saúde da Família, o matriciamento se revelou ferramenta apoiadora da atenção à crise, ao prevenir situações de crise ou abordá-las antes que se agravem, evitando manejos mais invasivos como: a utilização da polícia, uso da força física, conduções involuntárias para a emergência, internação hospitalar e para o CAPS. Esse conjunto de facilitações desvelou um potencial intercessor da ferramenta do matriciamento na constituição de uma atenção à crise pautada no modelo psicossocial.	
LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunic., Saúde, Educ.v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.	LUZIO, Cristina. Amélia.; L'ABBATE, Solange	A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas.	Artigo	2006	Serviços de saúde mental; Saúde mental; Saúde pública; Sistema Único de Saúde (SUS); Reforma dos serviços de saúde	Este artigo tem como objetivo abordar as experiências desenvolvidas, a partir da década de 1980, nos municípios de São Paulo (capital), Santos e Campinas, no sentido de compreender as suas determinações materiais, sociais e políticas, o avanço do processo de rompimento com o modelo manicomial e a emergência de forças criativas e produtivas, necessárias para a construção da atenção psicossocial em saúde mental, bem como conhecer a contribuição do Sistema Único de Saúde no avanço da reforma psiquiátrica nos municípios. A investigação que fundamenta este trabalho é parte de uma tese sobre a atenção em saúde mental, na qual os projetos inovadores desses municípios serviram de moldura e parâmetro para a análise da política de saúde mental em municípios de pequeno e médio portes do estado de São Paulo.	
MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A INFLUÊNCIA DAS IDÉIAS HIGIENISTAS NO DESENVOLVIMENTO DA PSICOLOGIA NO BRASIL. Psicologia em Estudo - Dpi/cch/uem, Maringá, v. 5, n. 1, p.115-137, 2000. Disponível em: < https://www.google.com.br/	MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da.	A influência das Idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil.	Artigo	2000	Higienismo. Eugenismo. Psicologia.	Este artigo originou-se das atividades desenvolvidas em projeto de iniciação científica que, por sua vez, foi parte integrante das atividades de um grupo de pesquisadores 2 da Universidade Estadual de Maringá que tem se dedicado a compreender historicamente os movimentos eugenista e higienista ocorridos nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, e suas influências em várias especialidades científicas. Em nosso trabalho circuncionamos a participação da Psicologia no interior do movimento higienista através do levantamento dos principais e mais freqüentes temas abordados nos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (ABHM), publicados pela Liga Brasileira de Hygiene Mental (LBHM).	
MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, Aug. 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en	MAYNART, Willams Henrique da Costa et al	A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial	Artigo	2014	Acolhimento; Serviços de saúde mental; Cuidados de enfermagem; Instituições de cuidados especializados de enfermagem; Apoio social.	Objetivo: Aprender a escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial, na perspectiva de usuários. Métodos: Pesquisa qualitativa realizada com oito usuários de um centro de atenção psicossocial, por meio de entrevistas semiestruturadas, observação e registros de campo. Os dados foram organizados e analisados em categorias temáticas. Resultados: Identificou-se o entendimento da escuta qualificada, mudanças produzidas por esta, e frustrações diante da sua ausência, nos usuários. Conclusão: Verificou-se que a escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane	Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde	Artigo	2015	Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.	O Movimento da Reforma Psiquiátrica evidencia a necessidade de transformação da atenção em saúde mental. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma estratégia de política pública que pretende promover a mudança do modelo assistencial predominante. Este artigo objetiva descrever o processo de implantação do acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico em uma unidade de APS, no município de Porto Alegre/RS. Tem como participantes a equipe de saúde. Para tal, são apresentadas e analisadas as etapas de implantação do acolhimento, bem como os efeitos desta ação no trabalho da equipe. Discute-se o acolhimento como um operador da integralidade em saúde. Como resultados desta experiência, destaca-se a apropriação de toda a equipe de saúde pelo acolhimento dos casos de saúde mental, assim como a criação de espaços coletivos de troca entre os profissionais, para discussão dos casos complexos. Conclui-se que o acolhimento às demandas de saúde mental pelas equipes de APS auxilia na reorganização do processo de trabalho no que se refere à atenção em saúde mental, a partir de uma lógica usuário centrada, possibilita a criação de novos modos de agir e intervir da equipe e impulsiona a corresponsabilização pelas várias dimensões do adoecer e do sofrimento psíquico.	
MOTA, Ana Elisabete. 80 anos do Serviço Social brasileiro: Conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 128, p.39-53, jan./abr. 2017. Quadrimestral. Disponível em:	MOTA, Ana Elisabete	80 anos do Serviço Social brasileiro: Conquistas históricas e desafios na atual conjuntura	Artigo Revista	2017	Serviço Social, Cultura profissional, Relativa autonomia profissional	Expõe as conquistas históricas do Serviço Social brasileiro nos seus 80 anos de existência. Aponta os desafios da profissão na atual conjuntura e ressalta o significado do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Conclui que nas três últimas décadas o Serviço Social ampliou sua função intelectual, contribuindo para a formação da cultura profissional, que se contrapõe à hegemonia das classes dominantes, em orgânica articulação com a esquerda marxista no Brasil.	
MOTA, Ana Elisabete et al (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.	MOTA, Ana Elisabete et al	Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional	Livro	2009	Política médica – Brasil; Saúde pública – Brasil; Serviço Social – Brasil; Serviço Social como profissão	A construção do projeto de Reforma Sanitária no Brasil se inscreve na luta pela redemocratização do país e está articulada à defesa da Seguridade Social como política pública de proteção social universal, inscrita na Constituição de 1988. As profundas transformações ocorridas na sociedade brasileira a partir dos anos noventa, tem ameaçado constantemente esse projeto civilizatório. A lógica macro-econômica de valorização do capital através da financeirização do orçamento público, a desvinculação de receitas das contribuições sociais, o crescente superávit fiscal e as proposições de contra-reforma do Estado brasileiro são exemplos dessas ameaças. A categoria dos assistentes sociais na atualidade tem sido fundamental na defesa da Seguridade Social pública e na luta pela implementação do Sistema Único de Saúde – SUS público, universal e de qualidade. O Projeto Ético-Político do Serviço Social construído pela categoria profissional, desde meados dos anos setenta, rompe com a herança conservadora da profissão e tem profundas relações com as proposições da Reforma Sanitária brasileira. A coletânea Serviço Social e Saúde é de grande relevância para os profissionais da área de saúde. Traz contribuições significativas à formação dos docentes e discentes, da área de Serviço Social oferecendo fundamentos teóricos, políticos e operativos para enfrentar os dilemas da formação e do exercício profissional em uma direção crítica e comprometida com os dois projetos: Ético-Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
NETTO, José Paulo (Org.). Para uma história nova do Serviço Social no Brasil. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Org.). Serviço Social no Brasil: História de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016. p. 1-389.	NETTO, José Paulo	Para uma história nova do Serviço Social no Brasil	Capítulo de livro	2016	Serviço Social; História do Serviço Social	Pensar a profissão é também evocar história, trajetórias, protagonismos, legados, valores, referenciais, resistências, lutas e histórias de sujeitos que construíram e constroem o Serviço Social. Uma profissão cuja história foi e é tecida por muitas mãos.	
NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (Org.). A prática do assistente Social na saúde mental. Rio de Janeiro: Editora Ufrj, 2013.	NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto	A prática do assistente Social na saúde mental	Livro	2013	Assistência Social – Brasil; Assistência social e saúde mental – Brasil; Serviço Social psiquiátrico	Ao longo das últimas décadas do século XX, grandes foram os embates do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ator político estratégico no processo de reforma psiquiátrica, para que se implantasse no Brasil uma nova política de saúde mental. Como resultado, no país hoje se desenvolve uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial capaz de ofertar diferenciadas tecnologias de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico. Os assistentes sociais, como trabalhadores de saúde, estiveram firmemente presentes nesse movimento, como estão presentes nos diferentes serviços que compõem esse novo modelo assistencial, em que a questão da cidadania do doente mental ocupa lugar central. Porém, se grande foi o avanço no que se refere à inserção dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial e nos demais serviços, o mesmo não ocorreu com a produção teórico-acadêmica sobre o tema, sobretudo aos iniciantes no estudo do assunto. É nesse esforço de superar tal lacuna e dar visibilidade às práticas profissionais em desenvolvimento na área que se insere a publicação deste livro.	
OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 128, p.143-163, jan./abr. 2017. Disponível em: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v19_n2_2000_art_05_por.pdf .	OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto	80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão	Artigo Revista	2017	Serviço Social, Código de Ética, Projeto Ético-político	Essa reflexão destaca elementos da trajetória de 80 anos do Serviço Social no Brasil, balizados nos códigos de ética, como expressão da dinâmica processual em que a profissão foi concebida, reconceituada e renovada. O objetivo é ressaltar o status de maturidade da profissão, fundamentada no pensamento marxiano e no Projeto Ético-Político profissional, embora contraditoriamente ainda existam resquícios de sua origem, marcada pelo neotomismo e por práticas de ajustamento e ajuda social.	
OLIVEIRA, Luiz Carlos de; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. Salusvita, Bauru, v. 19, n. 2, p.89-100, jan. 2000. Disponível em: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v19_n2_2000_art_05_por.pdf .	OLIVEIRA, Luiz Carlos de; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal	O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado	Artigo	2000	Saúde Mental, interdisciplinaridade, prevenção, campos de atuação	Este artigo trata de uma reflexão a respeito da atuação interdisciplinar em trabalho integrado para a promoção da Saúde Mental, através de um enfoque preventivo. Mostra que a Saúde Mental é campo de atuação vasto e abrangente, mas que apresenta também muitas limitações, sobretudo na visão fragmentada do ser humano; na interdisciplinaridade enquanto prática; na falta de tradição em trabalho de equipe; no despreparo dos profissionais. Por isso, propõe a superação das limitações através do diálogo e reflexão entre os integrantes da equipe de saúde mental e, principalmente, transformações na formação dos profissionais de Saúde Mental.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
PELISOLI, Cátula et al . Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 31, n. 2, p. 225-235, June 2014 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000200008&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008 .	PELISOLI, Cátula et al	Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros	Artigo	2014	Acolhimento; Saúde pública; Humanização da assistência; Sistema Único de Saúde	Este estudo apresenta uma revisão sistemática sobre acolhimento em saúde em periódicos brasileiros. As bases de dados pesquisadas foram Bireme, MedLine, PubMed, SciELO e Science Direct. Utilizando como descritor único o termo "acolhimento", a pesquisa resultou na análise quantitativa e qualitativa de 40 artigos publicados entre 1999 e 2011. Os resultados indicaram que: os dois periódicos com maior número de publicações sobre o tema foram Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva (25,0 e 22,5%, respectivamente); nos anos de 2004 a 2010, foram publicados sete artigos sobre o tema, e, em 2011, seis artigos foram encontrados. As áreas predominantes foram Saúde Pública/Coletiva (57,6%) e Enfermagem (39,4%). A análise qualitativa da variável "objeto de estudo" identificou artigos cuja investigação era os pontos de vista de usuários, profissionais e de ambos. Já a variável "percepções dos profissionais" ressaltou aspectos positivos do acolhimento. São necessários novos estudos que qualifiquem o conhecimento a respeito dessa forma de atendimento à população tanto nos serviços de atenção básica quanto de atenção especializada.	
PEREIRA, Adriana Dall'Asta et al . Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 55-61, Mar. 2010 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-	PEREIRA, Adriana Dall'Asta et al	Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento	Artigo	2010	Cuidados de enfermagem. Relações interpessoais. Humanização da assistência.	Objetivou-se compreender como os trabalhadores de saúde se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho – o usuário – sujeito e autor da sua história de vida. Pesquisa qualitativo-exploratória. Participaram 11 profissionais de enfermagem em Unidade Básica de Saúde, por meio de um instrumento semi-estruturado nos meses de março e abril de 2008. As falas resultaram em dois temas convergentes: Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde; Diálogo e acolhimento como possibilidades interativas. Evidenciou-se que a atenção à saúde vem ampliando os debates pela valorização da singularidade humana por meio do diálogo e acolhimento como possibilidades interativas.	
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspublicas/servicosocialesaud	PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus	Serviço Social e Saúde Mental	Artigo	2013	Saúde mental; serviço social; reforma psiquiátrica	O presente artigo tem como objetivo fazer uma revisão teórico-crítica acerca do Serviço Social no campo da saúde mental, através de um levantamento histórico. Tal estudo visa uma maior compreensão sobre a atuação profissional dentro da concretização dos ideais do Movimento de Reforma Psiquiátrica.	5
PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/IERJ, IMS, 2001.	PINHEIRO, R.; MATTOS, R	Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde	Livro	2001	Política de saúde - Brasil; Serviços de saúde - Brasil; Política de saúde mental - Brasil; Saúde - Planejamento - Brasil.	Entre os princípios que têm norteado a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é talvez o mais difícil de definir e, no entanto, aquele sobre o qual repousam os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas elevadas missões. Como já disse em outro lugar: "o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um".	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002 .	PITTA, Ana Maria Fernandes	Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas	Artigo	2011	Reforma psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Direitos Humanos	O artigo provoca olhares sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na última década, após a homologação da Lei Federal 10.216/2001 e pretende suscitar o debate inadiável sobre os novos desafios que ela precisa enfrentar para alimentar ou reciclar a antiga utopia de "cidadania plena para todos, numa sociedade sem manicômios". Estaria a Reforma dando sinais de exaustão? É inegável a reorientação do modelo assistencial de Saúde Mental no Brasil do hospital para a comunidade nessa última década. Ao tomar o uso de Substâncias Psicoativas como objeto de políticas e intervenção, incorpora demandas complexas que o atual drama do Crack somente imediatiza a necessidade de questionar sua história, seus limites, sua potência. O que manterá acesa a chama de um movimento exitoso que, surpreendentemente, resiste à força do tempo e do estigma nesses dez anos da Lei? Essas e outras questões precisam ser equacionadas. Está na hora de reciclar os focos de avaliação e análise no sentido de identificar o que ameaça sua vitalidade. Esse é o desafio que a articulista e debatedores estarão provocados a contribuir.	4
ROCHA, Tatiana Schlobach. A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades. 2012. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Graduação em Serviço Social, Interdisciplinar, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012. Cap. 2. Disponível em: < http://www.puro.uff.br/tcc/2012-1/tatiana-completo.pdf >. Acesso em: < http://www.puro.uff.br/tcc/2012-1/tatiana-completo.pdf >.	ROCHA, Tatiana Schlobach	A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades	TCC	2012	Saúde mental, Assistentes Sociais	O presente trabalho tem por objetivo debater a política de saúde mental como um campo de intervenção do assistente social, problematizando, neste contexto, as competências e atribuição profissionais, assim como seus desafios e possibilidades. A nosso ver, esse objeto é relevante, uma vez que no cenário atual a atuação do assistente social na saúde mental tem sofrido forte avanço de correntes terapêuticas, sistêmicas que obscurecem as competências profissionais neste campo. Para realização do debate proposto realizamos uma revisão bibliográfica tanto no campo profissional, quanto no campo da saúde, assim como realizamos uma pesquisa documental sobre legislações que estabelecem interface com a reforma psiquiátrica. Por fim, procuramos traçar estratégias potencialmente capazes de fortalecer a intervenção do assistente social sob a perspectiva da tradição marxista.	6
SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, dez. 2015. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000601027&lng=pt&nrm=iso >. acessos em	SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita	Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica	Artigo	2015	Humanização; Arte; Acolhimento; Atenção primária; Sala de espera.	Este estudo pretende fazer uma reflexão com contribuições filosóficas sobre um projeto de humanização baseado na arte, desenvolvido pelos profissionais de uma Unidade Básica. O acolhimento deste serviço se referia ao setor dedicado a receber os usuários que procuravam atendimento e não tinham consulta marcada. Para restaurar o sentido do acolhimento difundido pela Política Nacional de Humanização, os profissionais criaram um projeto que objetivou modificar a ambiência da sala de espera com o propósito de promover uma transformação simbólica do espaço que pudesse favorecer a qualificação das interações. A investigação do fenômeno demonstrou que a arte teria propriedades capazes de envolver os sujeitos em uma experiência que poderia promover a criação de novos sentidos para a sala de espera.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, Mar. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100009 .	SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina	Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental	Artigo	2009	Atenção psicossocial, avaliação de serviços, saúde mental, supervisão	O presente artigo toma a avaliação da qualidade de serviços de saúde mental como um instrumento permanente de reflexão sobre a clínica nesses serviços para além de um projeto de avaliação a priori feito de fora, para qualificar de dentro o trabalho da atenção psicossocial, a partir do que aparece durante ou a posteriori. Apontamos eixos do campo da avaliação que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da clínica nos CAPS. Propomos os eixos acesso, acolhimento e acompanhamento como elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Apresentamos aqui parte de um estudo de caso de teor avaliativo realizado no CAPS Profeta Gentileza – SMS-Rio no ano de 2006, para tese de doutoramento de uma das autoras, que obteve material dos casos através de relato gravado em reunião de supervisão de equipe no serviço. A supervisão foi escolhida como locus privilegiado da pesquisa por ser considerada um dispositivo fundamental para o funcionamento do serviço, a organização e a dinâmica do trabalho em equipe, e funcionar como um avaliador permanente do cotidiano do CAPS.	
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n.; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL, Roberta	O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço	Artigo	2013	Acolhimento. Saúde mental. Sistema Único de Saúde	O presente artigo trata de uma discussão sobre acolhimento em saúde mental a partir da problematização de vivência no sistema público de saúde. Percebe-se que a demanda para um olhar da psicologia vem aumentando de forma significativa ao longo do tempo e é preciso entender esse movimento a fim de poder encontrar maneiras de realizar um processo de acolhimento mais adequado, que auxilie no entendimento da demanda, orientando para que o usuário seja direcionado para outros serviços de referência que se façam necessários de maneira implicada. A temática se faz importante já que o acolhimento é porta de entrada para todos os serviços de saúde e dependendo de como for este processo implica muitas vezes na permanência ou não nos serviços, na satisfação ou não do usuário, na decisão, positiva ou negativa de se buscar um tratamento. Foram utilizados para este estudo uma pesquisa quantitativa na base de dados do serviço, das pessoas que buscaram o acolhimento entre os meses de setembro e outubro de 2013. Constatou-se que a maior parte dos usuários, 41% que nos procuram, se situam na faixa etária dos 11 aos 20 anos, seguido da faixa etária dos 0 aos 10 anos, 36%. Corroboramos com este estudo outro, realizado no mês de outubro de 2013, no qual se buscou visualizar de onde provinham os encaminhamentos ao serviço, sendo constatado que a maior parte deles, 40% vieram das escolas. Portanto se faz urgente um trabalho na área da infância e adolescência no município de Estrela(AU).	3
SILVA, Jackeline Araujo et al. O trabalho do Assistente Social na Saúde Mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina Piauí. In: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. Anais... São Luís: Ufma, 2015. p. 1 - 10. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/edf/oi >	SILVA, Jackeline Araujo et al	O trabalho do Assistente Social na Saúde Mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina Piauí	Trabalho	2015	Saúde Mental. CAPS. Serviço Social. Estágio	O artigo apreende sobre o processo de trabalho do Serviço Social na Saúde Mental, com base na experiência de estágio supervisionado vivenciada no CAPS II Leste de Teresina-PI. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, onde se buscou analisar o cotidiano da referida instituição através de observações sistemáticas e análise bibliográfica e documental. Pode-se constatar que o Serviço Social no CAPS realiza um trabalho indispensável, pois é capaz de decifrar a realidade na perspectiva de efetivação dos direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano, mesmo diante das limitações executa suas ações de forma democrática na garantia dos direitos sociais das pessoas com transtorno mental.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023 .	SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima	A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção	Artigo	2013	Programa Saúde da Família, Atenção à saúde, Avaliação em saúde	A variedade de estudos existentes abordando a Estratégia Saúde da Família e seu papel na reorientação do modelo de atenção no país motivou a sistematização dos avanços e limites descritos nesses estudos. Assim, este estudo, a partir de uma revisão da produção científica sobre o tema, analisou se a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção. Foram encontrados quarenta e um artigos da base de dados Scielo publicados entre 2002 e 2010 que preencheram os critérios de inclusão. Estes foram analisados na íntegra nas dimensões político-institucional, organizacional ou técnico-assistencial. Os resultados mostram que apesar da melhoria do processo de trabalho na atenção primária, seu caráter substitutivo não foi evidenciado na maioria dos estudos. Foi predominante a expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde, a extensão de cobertura e focalização. As mudanças são verificadas quando analisadas sob o foco da demanda, como maior acolhimento e vínculo. Os limites mais evidentes se situam no pouco foco nas necessidades de saúde, como na territorialização, participação comunitária e enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial. Foram verificados diferentes graus de implantação da estratégia, mas que ainda não resultou na reorganização do sistema no nível local.	
SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015 .	SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al	Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde	Artigo	2008	Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento	Este artigo é parte da pesquisa avaliativa do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte entre março e dezembro de 2005. Trata-se de avaliação de acesso e acolhimento na atenção básica, a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, em três capitais do Nordeste brasileiro. Foi utilizada técnica de grupo focal com análise temática. Nos resultados, identificou-se ampliação do acesso, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência. O acolhimento como tecnologia operacional é um processo em construção, variando nas unidades de saúde da família em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana do trabalho, e inexistente nas unidades básicas de saúde. A partir da realização deste estudo, recomenda-se incluir análises qualitativas em avaliação em saúde, por possibilitar maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, Apr. 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016 .	TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen	Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção	Artigo	2009	Atenção básica, Saúde mental infantil, Formação profissional, Políticas de saúde	A atenção básica de saúde, impulsionada pela estratégia da saúde da família, tem o grande desafio de incorporar de ações de enfrentamento às situações de violência e problemas de saúde mental. O trabalho analisou a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma UBS na cidade de São Paulo. Os dados clínicos foram comparados com um inventário de sintomas padronizados Child Behavior Checklist (CBCL). Entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas complementarmente em pediatras. O trabalho mostra que os pediatras têm baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental em crianças. Os principais fatores relacionados a este baixo desempenho foram: deficiência na formação, carência de possibilidade de atuação concreta frente à queixa ou hipótese diagnóstica. O processo de reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar a oferta de apoio técnico específico em saúde mental, propiciando a incorporação de tecnologias de intervenção mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada. A incorporação dos aspectos psicossociais na prática cotidiana da atenção básica possibilitará a ampliação do conceito saúde-doença e abrirá caminho para a abordagem das situações de violência às crianças atendidas na rede básica de serviços de saúde do SUS.	
VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E SEU REFLEXO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA CONTEMPORANEIDADE. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 1., 2015,	VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca	O movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade	Artigo	2015	Movimento de Reconceituação; Prática Profissional; Renovação; Serviço Social	O Movimento de Reconceituação é o marco do Serviço Social que vem propor a ruptura das práticas tradicionais, é através deste movimento que surge um perfil profissional mais crítico, capaz de atuar nos desafios postos à profissão. Este trabalho tem como objetivo fazer uma breve análise do Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na atualidade, por meio das percepções de uma profissional que atua numa instituição do município de Parintins. Todos os dados deste trabalho são resultados de pesquisa bibliográfica e de pesquisa de campo, que nos permitiram um melhor entendimento acerca da prática profissional na contemporaneidade.	
WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-548, Dec. 2004. Disponível em	WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado	Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica	Artigo	2004	Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação de serviços.	O presente trabalho tem como proposta discutir a avaliação de serviços no campo da saúde mental, atrelando-a à proposta de reformulação do modelo assistencial, realizando uma reflexão crítica. Entendemos que a avaliação toma, juntamente com a sua função técnica, a função política de servir como instrumento de apoio na efetiva implantação dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, como um dispositivo, entre outros, na busca da consolidação do modelo de reforma psiquiátrica proposto.	

REFERÊNCIA	AUTOR	NOME DA OBRA	TIPO	ANO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	PRIORIDADE
ZARA, Anamelia F. Prado et al. Grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação na Atenção Básica: uma reflexão sobre a potência de dispositivos grupais. Psicologia Revista, [S.l.], v. 17, n. 1/2, p. 77-97, fev. 2014. ISSN 1413-4063. Disponível em: < https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18022 >. Acesso em: 24 set. 2017.	ZARA, Anamelia F. Prado et al	Grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação na Atenção Básica: uma reflexão sobre a potência de dispositivos grupais	Artigo	2014	Grupo de acolhimento, Saúde Mental e Reabilitação, Atenção básica à saúde.	O texto relata o processo de construção de um dispositivo de recepção para a demanda de Saúde Mental e Reabilitação em uma Unidade Básica de Saúde localizada na periferia de São Paulo, território marcado por alto índice de violência e pela exclusão social dos moradores. A implementação na Unidade Básica de Saúde "Jardim Seckler" de um grupo de Acolhimento – com a proposta de ser "porta-de-entrada" para os serviços de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria – buscou inicialmente organizar a grande demanda que chegava e garantir o acesso com equidade, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Aos poucos, essa estratégia passou a ser elemento central na reorganização de todo o processo de trabalho, por fazer repensar a prática e as propostas terapêuticas a partir das necessidades identificadas. Ao mesmo tempo, permitiu a transformação do modelo de atendimento vigente na Atenção Básica. Discutem-se as possibilidades abertas por esta experiência que, ao valorizar a perspectiva grupal, incrementa potências tanto do usuário como dos profissionais da equipe de trabalho.	
LEGENDA							
Prioridades / 13							
Stand by / 9							
Geladeira / 15							
Arquivos incluídos após classificação de prioridade da orientadora / 48							

ANEXO B – FICHAMENTO DIRECIONADO

FICHAMENTO DIRECIONADO			
REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. A	MINOIA & MINOZZO P. 1341	Discute-se o acolhimento como um operador da integralidade em saúde.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1342	O acolhimento procura promover a mudança do processo de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, buscando resolver as necessidades de saúde dos usuários. Propõe um redirecionamento das ações, tornando-as de responsabilidade de toda a equipe, promovendo a integração de saberes e práticas, ampliando sua resolubilidade.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	Carente de citação Costa-Rosa, A. (2000) O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante, (Org.), Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.	O Movimento da Reforma Psiquiátrica evidencia a necessidade de transformação da atenção em saúde mental, buscando a substituição do modelo asilar pela atenção psicossocial. A principal diretriz do atual modelo de atenção em saúde mental consiste na ampliação e qualificação do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços comunitários e a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar	REFORMA PSIQUIÁTRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1344	O apoio matricial em saúde mental é uma prática em que profissionais especialistas em saúde mental oferecem suporte aos demais profissionais que atuam na APS, com o objetivo de ampliar a sua resolubilidade e produzir maior responsabilização no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados e ampliando a sua clínica.	MATRICIAMENTO
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1345	Percebe-se, desta forma, que a longitudinalidade e a integralidade, dois dos atributos essenciais da atenção primária à saúde são negligenciados. (Starfield, 2002).	SUS
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1346	O atributo da longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. Propõe que as pessoas recebam acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento (Starfield, 2002).	ACOLHIMENTO EM SAÚDE

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1346	A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto (Starfield, 2002). (p. 7 pdf – 1346)	ACOLHIMENTO EM SAÚDE
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1346	A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto (Starfield, 2002). (p. 7 pdf – 1346)	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1346	A integralidade pressupõe, então, que as pessoas recebam cuidados que atendam as suas necessidades de saúde, evitando-se a fragmentação. Sendo assim, quando as questões subjetivas são ignoradas ou não identificados, quando são priorizados aspectos orgânicos para a oferta de uma ação em saúde, identifica-se que não há atenção integral, fomentando-se uma	ACOLHIMENTO EM SAÚDE
MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013 .	MINOIA & MINOZZO P. 1346 – 1347	O acolhimento na saúde apresenta-se como uma tecnologia de cuidado eficiente para reorganizar o trabalho, a partir de uma lógica usuário centrada.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 230	A discussão acerca do trabalho do assistente social na saúde mental é recente, bem como o devido destaque sobre a importância da intersetorialidade e da integralidade no atendimento ao seu usuário.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 230	A atuação do assistente social na atual política de saúde mental do Brasil são: intersetorialidade e integralidade do atendimento.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 230	Pretende-se num primeiro momento traçar uma trajetória sobre a problemática da saúde/doença mental para, posteriormente, propor uma breve revisão bibliográfica à cerca de conceitos-chave para discussão da atuação do assistente social na atual política de saúde mental do Brasil. Logo, os referidos conceitos são: intersetorialidade e integralidade do atendimento.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 230	A discussão acerca do que é saúde e doença é complexa, e deve ser analisada de forma cautelosa. Existem diversos estudos sobre o assunto nos dias atuais. Alguns preservam a concepção de que saúde resume-se na ausência de doença, como o próprio conceito utilizado anteriormente (BRASIL, 1990). Entretanto, alguns teóricos (NUNES, 1998; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) apontam que o processo de adoecimento envolve outros determinantes além dos biológicos, como fatores sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos.(pg. 230 – pdf 2)	CONCEITO SAÚDE
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	Tendo em vista a criação da Política Nacional de Promoção de Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2006, que visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entende-se então, a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades. Sendo assim, o objetivo terapêutico não é de curar doenças, mas de “fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida” (BRASIL, 2006). Assim, os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas.	CONCEITO SAÚDE
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.	CONCEITO SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 232	Nos dispositivos da Lei 8.080, no art. 3º, está descrito que: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).(pg. 232 – pdf 4)	CONCEITO SAÚDE

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	O contexto social, político, econômico e cultural de um país, localidade ou estado é refletido diretamente nos níveis de saúde da população, e, consequentemente, no agravamento da questão social.	CONCEITO SAÚDE
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 232 – 233	Conforme analisa Campos, A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS et al., 2004a, p. 746). (pg. 232-233 – pdf 4-5)	CONCEITO SAÚDE
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	No caso da saúde mental no Brasil, a mudança de concepção e de trabalho com o portador de sofrimento psíquico pode ser considerada recente. No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos” (Foucault, 1991) como se esta situação fosse um problema de conduta. “Tratavam” os indivíduos como se fossem culpados por sua situação. (pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	No cenário mundial, depois da Segunda Grande Guerra, o Estado passa a ser responsável não somente por garantir o direito à vida, mas também o direito à saúde, como forma de superação dos horrores da guerra (FEITOSA; ROSA, 2008). Da mesma forma, a loucura passa a ser compreendida como uma doença, que necessita de um tratamento, e não de uma punição, e visando à melhora no atendimento das pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos. A primeira ação que visava à reformulação do modelo de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico ocorreu em 1959, na Inglaterra (Ibidem). 3 Outras ações e manifestações surgiram ao redor do mundo, como a criação de “uma política oficial de saúde mental, na Inglaterra; França; Estados Unidos e Itália” (Ibidem). (pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	O movimento liderado na Itália por Franco Basaglia tinha como pressuposto a desconstrução do até então modelo de atenção. Defendia a ideia da necessidade de tratamento aos chamados “doentes mentais”, mas um tratamento humanizado, que tivesse como foco o indivíduo, e não a doença (Ibidem).(pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica teve início no ano de 1978, com a denúncia de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, concomitantemente com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A reforma psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada na experiência italiana, que partia do pressuposto de que “quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29).(pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRÍCA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	Segundo Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é [...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (2003, p. 58).(pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 231	Desta forma, criou-se a possibilidade de um tratamento humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família ao qual eram submetidos os usuários até este período. (pg. 231 – pdf 3)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 232	A organização dos trabalhadores da saúde mental em um movimento deu origem a diversas manifestações e lutas acerca da Reforma Psiquiátrica. Uma delas ensejou a conquista da conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei no 10. 216/01 que prevê a proteção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a criação de um novo modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).(pg. 232 – pdf 4)	REFORMA PSIQUIATRÍCA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREOW & DRAVANZ P. 232	A aprovação da Lei no 10.216/01 deu origem à Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e das Residências Terapêuticas.(pg. 232 – pdf 4)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREOW & DRAVANZ P. 232	Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento. (pg. 232 – pdf 4)	REFORMA PSIQUIATRÍCA
BREOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREOW & DRAVANZ P. 232	Com a promulgação das leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa o art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS tem como diretrizes principais a universalidade e integralidade no atendimento aos usuários, a descentralização dos recursos e a regionalização, visando ao atendimento das peculiaridades de cada região.(pg. 232 – pdf 4)	SUS
BREOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREOW & DRAVANZ P. 232	Reconhecendo, portanto, que a concepção de saúde ultrapassa a simples ideia da ausência de doença e, ainda, que engloba outros fatores para a sua efetivação, a Política de Saúde no Brasil, está organizada, no âmbito de legislação, de forma intersectorial para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento através de uma ação integrada com outras políticas sociais.(pg. 232 – pdf 4)	SUS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 233	Desta forma, caberia ao Estado a criação de mecanismos que subsidiem o combate e a erradicação destes fatores, que contribuem para o adoecimento. Também vale ressaltar outro aspecto importante da análise feita pelo autor, fazendo referência à efetivação de uma política de saúde integrada às demais. Este é processo denominado de intersectorialidade entre as políticas sociais, onde diferentes mecanismos trabalham de forma compartilhada no enfrentamento aos problemas sociais.(pg. 233 – pdf 5)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 233	A intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.(pg. 233 – pdf 5)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 233	A intersectorialidade é construída e fortalecida enquanto processo coletivo (CAMPOS, 2004b), como já mencionado entre diversos setores, e principalmente de uma construção com a população, considerando as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja, de cada local, de cada sujeito, visando atender as necessidades encontradas, e ainda valorizar e incentivar a participação da população neste processo. (pg. 233 – pdf 5)	SUS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 233	a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p. 10-11). (pg. 233 – pdf 5)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 234	O enfrentamento do processo de adoecimento e a efetivação de um processo de produção de saúde requerem a prática da intersetorialidade, da articulação, da participação. Desta forma, “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades sociais, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde” (CEZAR, et al., 2008, p. 6), sendo necessário o envolvimento de outros segmentos, de forma que seja possível a superação dos diferentes fatores que envolvem o processo de saúde/doença, que são identificados como as expressões da questão social.(pg. 234 – pdf 6)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 234	Por isso, cabe ressaltar a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que envolvem a realidade. Contudo o fortalecimento de uma rede de serviços, programas e projetos é fundamental para o alcance na efetividade do atendimento a população. Segundo a análise de Cezar (Ibidem), 7 “a intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento às necessidades da população”(pg. 234 – pdf 6)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 234	A discussão de intersetorialidade remete a outro aspecto importante a ser discutido – a integralidade no atendimento –, aspecto este que se torna primórdio e consequente à efetivação da intersetorialidade. (pg. 234 – pdf 6)	SUS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 234	Na saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político (BRASIL, 2005) que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento.(pg. 234 – pdf 6)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 234	“a integralidade pressupõe que o atendimento e as ações de saúde sejam realizadas de forma integrada, e voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde”. Sendo assim, as ações em saúde devem ser pensadas e estruturadas em conjunto com os demais setores de atendimento e principalmente com os usuários, de forma que atendam as necessidades destes.(pg. 234 – pdf 6)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 235	A adoção da integralidade do atendimento reflete diretamente na maneira com que o usuário é atendido, a forma com que este terá sua atenção, e este processo não deve ser adotado somente no âmbito da saúde, mas em caráter totalitário das demais políticas sociais, programas e serviços, principalmente.(pg. 235 – pdf 7)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 235	A integralidade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que deve ser adotada no cotidiano. E o alcance deste processo se dá através da intersectorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação do assistente social, como objetivo e estratégia da ação profissional.(pg. 235 – pdf 7)	SUS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 235	Porém é neste conhecimento que está a garantia de uma análise crítica acerca dos retrocessos e limites postos à então “reforma psiquiátrica”, e cite-se também, a brusca redução dos repasses públicos para manutenção dos CAPS e a lenta alocação de leitos em hospitais gerais para leitos psiquiátricos. Logo, soma-se um “jogo” de poder econômico – devido à crescente mercantilização da saúde no Brasil – ao árduo fardo que o estigma em ser portador de sofrimento psíquico lhe atribui. (pg. 235 – pdf 7)	REFORMA PSIQUIÁTRICA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 236	A prática de estágio realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Escola) tornou possível o contato direto com a realidade do sistema público de saúde atual, especificamente no âmbito da saúde mental. Destaque-se que a aproximação com a realidade da prática profissional agrega à formação profissional potencialidades e perspectivas que possibilitam a abertura de novos conhecimentos.(pg. 236 – pdf 8)	SUS
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 236	No espaço destinado ao Serviço Social, sua atuação possui como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento (empowerment), que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços. O Serviço Social faz-se parte essencial neste processo, utilizando mecanismos que possam garantir a socialização da informação aos usuários. (pg. 236 – pdf 8)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 237	Ainda sobre o papel do assistente social neste processo de socialização da informação como mecanismo de prática profissional, A. Vasconcelos afirma que ele (o assistente social) deve conhecer a realidade do seu campo de atuação, compreendendo o contexto no qual este se insere, e com isso superar a execução de medidas paliativas, destinadas a “quebrar galho” (2007, p. 518). (pg. 237– pdf 9)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 237	Sabemos que diariamente o trabalho profissional esbarra nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como falta de estrutura física e de acesso dos serviços. Os mesmos, entretanto, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional. O profissional de Serviço Social é capaz de articular e buscar estratégias para a superação destas questões. A criatividade torna-se um dispositivo favorável para a superação das barreiras. Novamente ressalta-se que o processo de ação profissional deve ser reinventado a cada demanda. (pg. 238 – pdf 10)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 238	Embora a tentativa de articulação por parte do CAPS com as UBSs, a partir das reuniões de distrito mensais, os resultados esperados não foram alcançados em sua totalidade, devido à variável e baixa participação das equipes das UBSs. Porém as que valorizaram este espaço apresentaram significava mudança na postura profissional com relação ao conhecimento acerca do contexto de saúde mental, bem como melhorias no atendimento aos usuários que a eles recorriam. Esta mudança expressou-se na qualidade dos encaminhamentos e no acolhimento oferecido aos supostos futuros usuários do CAPS, bem como melhoraram os acompanhamentos aos já usuários dos serviços do CAPS.(pg. 238 – pdf 10)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 237	A atenção em saúde mental sofreu e vem sofrendo significativas transformações, avanços e retrocessos ao longo dos últimos trinta anos. Apesar das políticas sociais estarem organizadas no âmbito legislativo, de forma articulada e intersectorial, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atenção, nos serviços oferecidos.(pg. 240 – pdf 12)	REFORMA PSIQUIATRICA
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 241	O conhecimento dos serviços, das formas de acesso e do funcionamento destes, são ferramentas de trabalho do assistente social. O processo de socialização da informação é um mecanismo que deve ser utilizado pelo assistente social, além de ser entendido como mecanismo inicial para a construção de uma rede de cuidados.(pg. 241 – pdf 13)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 241	O assistente social tem, através dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, as ferramentas necessárias para a construção, proposição e articulação com os diferentes espaços de atenção ao usuário. Ainda, através de ações que visem à melhoria dos serviços (consequentemente evidencia-se a melhora na atenção ao usuário, aumentando a resolutividade do serviço), o aumento da participação e a autonomia dos usuários.(pg. 241 – pdf 13)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. 2010. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez.. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785 >. Acesso em: 04 out. 2016.	BREDOW & DRAVANZ P. 242	Finalmente, afirma-se que, embora haja o entendimento de que a ação profissional do assistente social na saúde mental, como em qualquer campo, não se concretiza somente em uma ação, mas sim em inúmeras, expressas no complexo quadro em que se mostra o cotidiano profissional, todas estas devem ser permeadas pela busca da integralidade do atendimento, do desenvolvimento da autonomia dos usuários, da participação popular e, consequentemente, da melhoria da qualidade de vida do usuário e da superação de expressões da questão social. Assim, selecionaram-se para o debate noções de empoderamento (como estratégia para autonomia e exercício de cidadania), intersetorialidade e integralidade, ambos como elementos primordiais de uma prática profissional voltada para a construção de uma rede resolutiva de cuidados em saúde mental com características humanas e de cunho fortalecedor dos sujeitos envolvidos.(pg. 242 – pdf 14)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P. 9	Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.	REFORMA PSIQUIÁTRICA
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.12	O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.	REFORMA PSIQUIÁTRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.12	Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.	REFORMA PSIQUIATRICA
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.13	O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.	SUS
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.13	Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.	SUS
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.13	Como já vimos, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.13	O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.13	Os CAPS visam: <ul style="list-style-type: none"> • prestar atendimento em regime de atenção diária; • gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; • promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; <ul style="list-style-type: none"> • dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); • regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; • coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; • manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. 	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.15	Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.15	A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.18	Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana. Demos somente alguns exemplos, mas com certeza existem muitas práticas sendo realizadas nos CAPS que poderiam ser descritas aqui.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.22	Os diferentes tipos de CAPS são: <ul style="list-style-type: none"> • CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. • CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. • CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. • CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. 	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.22	O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.23	O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção Integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P.37	Portaria no 189, de 20 de março de 2002. O secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições; Considerando a Portaria GM/MS no 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental; e Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, resolve: Art. 1o – Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seu procedimento: 63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. 63.001.57.8 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Ministério da Saúde. Governo Federal. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86 p. (Série F Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 30 set. 2016.	Ministério da Saúde (2004) P. 48	Redução de danos = ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1501	A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira bem como demanda a reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental.	REFORMA PSIQUIATRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1501	Concluiu-se que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor indicando que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais.	RELAÇÃO SUS E SAÚDE MENTAL
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1501	Nas últimas décadas, no bojo da Reforma Psiquiátrica em curso no país, temos acompanhado várias transformações no modelo de atenção em saúde mental, que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, estas mudanças têm encontrado obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental. Neste contexto, identifica-se o protagonismo do movimento social de profissionais, usuários e familiares que têm favorecido ao longo do processo Mudanças na legislação e a proposição de novos modelos de atenção em saúde mental.	REFORMA PSIQUIÁTRICA
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1501	Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vem estimulando ações que remetem a dimensão subjetivados usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham.	RELAÇÃO SUS E SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1503	Os novos conhecimentos adquiridos pelo PSF propõem ações de saúde mental na atenção básica, que determinam modificações no paradigma da assistência psiquiátrica, determinando a desconstrução do histórico distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a atenção primária à saúde (8), que podem acontecer através da internação do doente mental em seu domicílio	RELAÇÃO SUS E SAÚDE MENTAL
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1504	A categoria vínculo e acolhimento agrega dois conceitos de grande importância atribuída pelos autores para o desenvolvimento de ações na prestação da assistência ao doente mental e seus familiares na atenção básica.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1504	O acolhimento e o vínculo na atenção básica são eixos norteadores na assistência. Principalmente se desenvolvido ao doente mental, estes proporcionam aos doentes um atendimento humanizado em saúde.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1504	Diariamente as equipes de atenção básica se deparam com problemas de saúde mental, pois, segundo dados, cerca de 56% das equipes referem ter realizado ações de saúde mental, o que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a este agravo. E o Ministério da Saúde, para o atendimento desta população, julga ser importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1504	Através destes vínculos de compromisso com a população, vai sendo incorporada na prática dos profissionais uma apreensão de responsabilidades. Diante do PSF, não é possível passar os casos, mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1504	Entendemos ser essencial para a inclusão do doente mental a necessidade de proporcionarmos uma forma diferenciada no acolhimento. Sendo assim, torna-se importante entender a equidade como princípio que determina a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.	ACOLHIMENTO EM SAÚDE

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 30 Sept. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032 .	CORREIA; BARROS e COLVERO P. 1505	A articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersectorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares	RELAÇÃO SUS E SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudeMental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 2	O Serviço Social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico, que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões da questão social se manifestam conforme o espaço sócio ocupacional do assistente social.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudeMental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 2	A área da saúde mental tem sido um desses espaços que, através dos tempos, vem suscitando a intervenção desse profissional. Rosa (2008) afirma que o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e sua família, nas diversas formas de violação de direitos.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 2	Para Rosa (2008) a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social. Essa é uma realidade que se coloca, principalmente, na modernidade, que passa a considerar a pessoa com transtorno mental improdutivo e incapaz para o mundo do trabalho na sociedade capitalista.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 3	Vasconcelos (2010) ressalta a década de 1940 como o marco da entrada do Serviço Social na saúde mental no Brasil. De acordo com o autor, nos primórdios da profissão, o Serviço Social brasileiro foi profundamente influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista, influxo este constatado pelo mapeamento feito por esse estudioso e que identificou, no primeiro Curso de Serviço Social, nos anos de 1930, um número expressivo de disciplinas com conteúdos a eles ligados.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 3	De início, os profissionais trabalharam nos hospitais psiquiátricos nas seções de assistência, atuando de forma subordinada aos médicos e em ações de levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, em contatos com familiares para preparação de alta, na confecção de atestados sociais. Dessa forma, tratava-se de um fazer subalterno, burocrático, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2010).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 5	Para Bisneto (2009), o Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe questões importantes para a atuação do assistente social, ressaltando a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários, dentre outros aspectos discutidos.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 5	Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica trouxe uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social na saúde mental, devido a formação social e política desse profissional. Esse Movimento influenciou o agir profissional, que passa a dar novos encaminhamentos metodológicos ao trabalho profissional, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental (BISNETO, 2009).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 5	Os ideais da Reforma Psiquiátrica se aproximam daqueles defendidos pelo Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que aconteceu no mesmo período no Brasil. Assim, as expressões da questão social a partir dos anos 1990, acarretam em um redimensionamento das intervenções sociais em suas mazelas, o que incide diretamente no mercado de trabalho do assistente social e nas suas atribuições profissionais. Portanto, a intervenção do Serviço Social está diretamente articulada as mudanças na relação entre capital e trabalho e na organização das políticas sociais (IAMAMOTO, 2004)	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 6	No período de 1990 em diante, o Serviço Social passa a adotar uma atitude mais comprometida na área de saúde mental, de forma a consolidar os ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Com essa atitude a profissão busca reforçar a cidadania da pessoa com transtorno mental e a dos grupos vulnerabilizados a sua volta, procurando entender a realidade em seus múltiplos significados. Com essas propostas, o profissional dessa área passa a buscar outros referenciais, apoiados numa perspectiva interdisciplinar, que imprimam à prática cotidiana elementos que valorizam esses aspectos das relações sociais (ROSA, 2008).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 6	Entretanto, nesse mesmo momento a Reforma Psiquiátrica passa a sofrer reveses na continuidade de suas propostas devido a hegemonia das políticas neoliberais. O neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Na assistência social, acontece o retorno à caridade, com uma tendência a refilantropização do Serviço Social, assim como o Estado passa a investir cada vez menos no setor saúde mental (BISNETO, 2009).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 6	O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. A profissão, no entanto, mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais tendo em vista a construção de uma prática emancipadora, em que o assistente social desenvolva uma crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. Nesse contexto, o profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (BISNETO, 2009).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 6	Os profissionais de Serviço Social efetivam suas atribuições na área da saúde mental assentados no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação e nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Esse Código e as leis que regem a profissão têm sido de grande relevância, mas muito ainda precisa avançar em relação a saúde mental. Nos últimos anos o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) vem se preocupando com a questão.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 7	Assim, o CFESS aprova, em 2009, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social em Saúde, os quais destacam eixos para a atuação do profissional. De acordo com esses Parâmetros, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político se sintonizem, de forma que o profissional de Serviço Social mantenha a visão crítica da realidade e promova ações que possam contribuir para a cidadania e a emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no trabalho profissional.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 7	O Código de Ética da profissão, norteia o trabalho do assistente social em seus mais variados campos e espaços sócio-ocupacionais, tendo como base os seguintes princípios: a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos sociais e políticos da classe trabalhadora; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade (CFESS, 1993).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 7	Nesses termos, o assistente social que atua na área da saúde mental deve seguir os princípios do Código de Ética buscando a cidadania da pessoa com transtorno mental e de sua família, lutando contra o estigma social e os preconceitos em que a pessoa com transtorno mental se encontra, colocando-se, em suma, na perspectiva dos interesses e das necessidades desses sujeitos sociais.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social e Saúde Mental. 2013. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	PEREIRA & GUIMARÃES P. 8	O assistente social precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer a reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa, principalmente em sua atuação dentro dos limites da organização institucional. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo, de forma a abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social (BISNETO, 2009).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct 2016	PITTA P. 4581	Entre os grupos contra e a favor da Reforma, nos governos, na sociedade civil e na população em geral, o estigma contra o louco persiste e de vários modos, explícitos ou sutis. Evidências disso são localizadas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas, gerando uma crônica postergação de suas demandas.	ACOLHIMENTO AO USUÁRIO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002	PITTA P. 4581	Também presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde o louco e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos.	ACOLHIMENTO AO USUÁRIO
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002	PITTA P. 4581	O maior desafio da saúde mental e da clínica psiquiátrica é não ter o clínico como avatar de sua “boa prática” e, uma vez ele sendo necessário deve estar acessível e disponível de modo descentralizado, no território, onde o paciente estiver.	ACOLHIMENTO AO USUÁRIO
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002	PITTA P. 4581	A advertência de Mari e Thornicroft de “evitar o fechamento de um hospital psiquiátrico antes que um serviço comunitário de assistência esteja solidamente estabelecido na mesma área” é mais que pertinente desde que se registre o fato de que a criação desses leitos psiquiátricos no Brasil não obedeceu a qualquer planejamento de cobertura populacional.	ACOLHIMENTO AO USUÁRIO
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002	PITTA P. 4582	Consenso maior considera o processo de democratização do país no final da década de 1970, trazendo os movimentos sociais com suas diferentes estratégias e em diferentes estados do país para transformar políticas e instituições desumanas, como o possível marco inicial. Nessa era de Reformas tivemos dois movimentos sócio-políticos mais determinantes dessa transição: na Saúde em geral a Reforma Sanitária, e na Saúde Mental a Reforma Psiquiátrica, que conviveram e se alimentaram da mesma efervescência político-participativa e democratizante da época 17.	REFORMA PSIQUIÁTRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002 .	PITTA P. 4586 – 4587	Ainda em 2001, e sob o marco da nova Lei 10.216/2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com grande participação popular e democrática. Representação ampla de todos os setores envolvidos, e precedida por centenas de conferências municipais, regionais e estaduais, em todo Brasil. Ali já aparece a complexidade do campo da Reforma Psiquiátrica claramente delineado: enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social. Foi uma festa de participação democrática e representação social com mais de dois mil participantes, convidados e testemunhas nacionais e Internacionais, onde se pôde ratificar e criticar elementos contidos na Lei.	REFORMA PSIQUIÁTRICA
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 Oct. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002 .	PITTA P. 4587	A luz de todas as nuances de enfrentamento do estigma que envolve a questão da enfermidade mental e o uso de substâncias psicoativas, avançamos muito nas prescrições e nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, da Cultura, do Trabalho, para a área. Tal avanço prescritivo, presente na Legislação, nos relatórios das Conferências, nas portarias ministeriais, até mesmo em manifestações públicas de Presidentes, Governadores, Prefeitos e Secretários não se fazem acompanhar, entretanto, de ações consequentes que viabilizem o dito ou o escrito na intensidade na qual se faz necessária. Mesmo em governos democráticos onde tivemos lideranças expressivas do Movimento da Reforma Psiquiátrica ocupando postos de real poder de decisão (refiro-me a Ministro e a cargos de segundo e terceiro escalão), a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato.	REFORMA PSIQUIÁTRICA
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n.; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 1	Percebe-se que a demanda para um olhar da psicologia vem aumentando de forma significativa ao longo do tempo e é preciso entender esse movimento a fim de poder encontrar maneiras de realizar um processo de acolhimento mais adequado, que auxilie no entendimento da demanda, orientando para que o usuário seja direcionado para outros serviços de referência que se façam necessários de maneira implicada.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n.; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 1	A temática se faz importante já que o acolhimento é porta de entrada para todos os serviços de saúde e dependendo de como for este processo implica muitas vezes na permanência ou não nos serviços, na satisfação ou não do usuário, na decisão, positiva ou negativa de se buscar um tratamento.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 5	Conforme o Ministério da Saúde (2008), o acolhimento faz parte de uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Ele não tem local nem hora certa para acontecer e qualquer profissional pode fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2008).	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Dentro de uma política de humanização, como apregoa o SUS, o acolhimento pressupõe a recepção do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Segundo Merhy (1994) pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Alguns autores consideram o acolhimento como “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolhê-lo deve-se transmitir receptividade e interesse, de modo que se sinta valorizado” (Miranda, 1990).	CONCEITO ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Para Matumoto (1998) o acolhimento pode ser entendido ainda como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, devendo ser definido como um “modo de resposta” às necessidades que são expressas pela clientela.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Mendes (2010) traz uma visão importante sobre o acolhimento, que é não só a preocupação com os usuários, mas com as condições de trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado. A humanização pode ser entendida como um dos eixos norteadores das práticas de gestão dos serviços e qualificação da atenção à saúde em todas as instâncias do SUS.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6	Entendendo que humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. Por Humanização compreendemos ainda a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2009).	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 6 – 7	No âmbito da Saúde Pública, o Acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade. (BRASIL, 2009).	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 7	Surge ainda como nova nomenclatura para definir esse momento da “porta de entrada” os trabalhos reunidos nos Cadernos IPUB n. 17 (2000), sobre o que se convencionou chamar “clínica da recepção”, que preconizam algumas direções tais como: decantar a demanda no sentido de não atender rapidamente ao pedido inicial; relativizar o pedido de medicação, oferecendo também outras possibilidades; priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico, entendendo que o primeiro de algum modo inclui o segundo. Essa ideia remete à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos ofissionais (e pela medicação) e tornando-se um agente na compreensão desse processo, adquirindo poder de conduzi-lo através dos profissionais.	CONCEITO ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 7	O Acolhimento também pode ser um dispositivo de análise micro e macropolítica da realidade e convoca para uma análise permanente das implicações com as instituições que as atravessam. Com isso estamos falando que o acolhimento pode ser um analisador das fragilidades da rede e, de que maneira isso afeta as práticas de cuidado.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 7	É interessante poder pensar no acolhimento enquanto analisador das práticas de um determinado serviço e/ou rede de serviços e a partir do conhecimento da demandas pensar uma proposta junto à rede para modificar essa realidade. Com relação à isso Franco, Bueno e Merhy (1999 apud MENDES, 2010) retrataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Pontuando problemas e oferecendo soluções e respostas por meio da identificação das demandas dos usuários, rearticulando os serviços em torno deles.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 8	Os estudos de Mendes (2010) apontam que tradicionalmente o acolhimento no campo da saúde é identificado – ora como uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável – ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Entretanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção do vínculo. Contudo, para romper com esta sistemática os estudos reiteram que a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do acolhimento demanda que os agentes de tal trabalho sejam atendidos em suas necessidades de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado de forma inequívoca.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 8	Diante dessas questões, podemos dizer que nos trabalhos analisados por este estudo, as transformações necessárias na prática em saúde mental estão avançando, na medida em que os conhecimentos produzidos nesta área incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais e sendo cada vez mais necessária uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, e da cultura hospitalocêntrica.	CONCEITO ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 9	O acolhimento aos novos usuários que procuram o serviço de psicologia no município acontece da seguinte forma: é disponibilizada para toda a rede e para as pessoas que procuram o serviço de forma espontânea um dia semanalmente, com um profissional em cada turno (um pela manhã e um pela tarde) para acolher a demanda. Esta primeira entrevista é realizada de forma individual, por ordem de chegada (sem agendamento prévio), na qual é preenchida uma ficha do usuário que foi encaminhado para o atendimento (conforme Anexo A). Neste momento o psicólogo escuta o usuário, analisa a queixa, faz os encaminhamentos que se fizerem necessários e dá um retorno para o paciente. Quando existe alguma dúvida sobre o caso o mesmo é trazido para a reunião de equipe da psicologia, que acontece uma vez por semana, durante uma hora. Concomitantemente são realizados contatos com a rede, solicitação de informações e pareceres junto às escolas, conselho tutelar. APAE. Ong APPIÁ, CAPS e demais serviços. O município trabalha com formulário de referência e contra-referência, mas a contra-referência não funciona bem na rede.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 9	Ao definir se o usuário tem demanda para atendimento de psicologia o caso passa por uma avaliação de risco, na qual é identificado se se trata de paciente grave, moderado ou leve. Conforme essa classificação também se verifica as prioridades para o atendimento. O serviço atualmente trabalha com lista de espera.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 9	Recentemente instituímos reuniões mensais com o Conselho Tutelar para discutir casos antes do seu encaminhamento, pois percebemos uma grande demanda por parte deste serviço e verificamos que precisavam de suporte para realizar os encaminhamentos de forma adequada.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 9 – 10	Outra fonte excessiva de encaminhamentos provém das escolas. Estamos estudando uma maneira de melhorar esse processo. Atualmente solicitamos que nos envie um parecer antes do encaminhamento e direcionem o usuário a participar da entrevista de acolhimento. Pensamos que seja também importante uma reunião mensal com as escolas para discussão de casos e encaminhamentos.	EXEMPLO PARA CAP 3

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 10	Dentre os principais entraves que encontramos neste modelo de acolhimento estão: a dificuldade de se fazer com qualidade a escuta, que exige atenção e disponibilidade, mediante uma demanda volumosa de usuários que estão aguardando a sua vez de serem chamados, gerando incômodo ao profissional que atende, pois se sente pressionado em atender à todos que o procuram. Algumas vezes o usuário necessita comparecer em um outro dia de acolhimento, pois não poderá ser atendido diante da excessiva demanda que chegou naquele dia, gerando incômodos, usuários queixosos, ansiedade nos demais profissionais.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 10	Muitas vezes nos deparamos com demandas que não necessariamente precisariam ser encaminhadas para a psicologia. Pessoas que demandam uma escuta, uma orientação, que poderiam ser obtidas em outros espaços e com outros profissionais da rede (enfermeiros, médicos, educadores, conselheiros tutelares, etc...). É importante um questionamento no sentido de problematizar porque alguns profissionais não se sentem empoderados para fazer essa escuta e este acolhimento. Será que não se sentem preparados/capacitados? Ainda existe preconceito quando se trata de saúde mental? Somente a psicologia está “preparada” para escutar e acolher o outro?	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 10	Foi realizada uma pesquisa exploratória do tipo quantitativa no banco de dados do serviço, dos acolhimentos que aconteceram entre os meses de setembro e outubro de 2013. Compareceram ao serviço 75 usuários, destes 39 vieram no mês de setembro e 34 no mês de outubro. Em média foram recebidos 8 casos novos por semana durante este período. Com relação à faixa etária dos usuários, 27 tinham idade entre 0 e 10 anos; 31 entre 11 e 20 anos; 3 usuários entre 21 e 30 anos e 14 com mais de 31 anos. Com isso podemos constatar que a demanda mais significativa se situa entre a fase infantil (36%), pré-adolescência e adolescência (41%). As principais queixas da faixa etária com maior prevalência são: dificuldades de aprendizagem; sintomas de ansiedade, agressividade, irritação, tristeza e agitação.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 11	Durante o ano (de janeiro até 18 de novembro de 2013) passaram por acolhimento no serviço de psicologia 290 usuário, sendo que destes 185 se situam na fase infantil, pré-adolescência e adolescência.	EXEMPLO PARA CAP 3

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 11	Outra pesquisa realizada quantitativa foi realizada no mês de outubro no banco de dados do serviço e teve como intuito verificar de onde provinham os encaminhamentos de pacientes. De um total de 42 pacientes que já são atendidos no serviço (20 atendidos de forma individual e 22 em grupo), um foi encaminhado pelo serviço de Nutrição do município, 3 vieram de forma espontânea, 7 foram encaminhados por médicos; 17 vieram encaminhados das escolas; 6 pelo Conselho Tutelar, 1 por Fonoaudiólogo; 2 pelo CAPS, 1 pela UBS, 4 por psicólogo. Foi constatado que a maior parte deles (40 %) são demanda providas das escolas.	EXEMPLO PARA CAP 3
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 11	De uma atenção mais voltada ao assistencialismo e a busca de benefícios buscou-se verificar as demandas para além das “solicitações” e incluir na rede de serviços usuários que estavam à margem, como os doentes mentais e os alcoolistas.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SCHWINGEL, Roberta et al. O acolhimento em saúde mental como dispositivo na problematização das emendas de um serviço. 2013. Porto Alegre; s.n; 2013. 17 p. Disponível em: < http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27718 >. Acesso em: 04 out. 2016.	SCHWINGEL P. 11	Como possíveis propostas de trabalho, insistimos na educação permanente da rede que compõe o município para as questões de acolhimento em saúde mental, assim como o empoderamento dos profissionais para uma escuta mais qualificada ao usuário.	EXEMPLO PARA CAP 3
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC AMANDA KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 17	A atenção psiquiátrica hospitalar convencional não atende aos seus objetivos por: 1. Isolar o paciente do meio social e, portanto, promover a segregação; 2. Afrontar os direitos civis e humanos; 3. Demandar excessivos recursos financeiros; 4. Não promover a aprendizagem.	REFORMA PSIQUIATRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 17	A atenção deve: 1. Salvaguardar a dignidade e os direitos dos pacientes; 2. Basear-se em critérios tecnicamente adequados; 3. Promover a manutenção do paciente no seu meio.	REFORMA PSIQUIATRICA
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 17	As legislações devem assegurar: 1. Respeito aos direitos humanos e civis; 2. Organização de serviços comunitários; 3. As internações psiquiátricas devem ser feitas em hospitais gerais.	REFORMA PSIQUIATRICA
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 18	Porém, de acordo com a OMS - Organização Mundial de Saúde não há definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental ³ é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.	CONCEITO SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 18	A Organização Mundial da Saúde diz, ainda, que o estado de completo bem-estar físico, mental e social define o que é saúde, logo, tal conceito implica num critério valorativo, uma vez que lida com a ideia de bem-estar e mal-estar.	CONCEITO SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 19	Há também o argumento de Straub (2005) de que a saúde física implica em três tipos: ter um corpo vigoroso e livre de doenças, mas também, envolve hábitos relacionados com o estilo de vida que aumentem a sua saúde, a saúde psicológica que significa: ser capaz de pensar de forma clara, ter autoestima e um senso geral de bem-estar, incluindo a criatividade, as habilidades de resolução de problemas, a estabilidade emocional, auto aceitação, a abertura a novas ideias, entre outros aspectos que caracterizam a saúde psicológica e por último, a saúde social, que envolve ter boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com amigos e família, e apoio em épocas de crise.	CONCEITO SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 19	Pode-se, assim, definir a saúde mental como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio social onde está inserido. Este estado garante às pessoas a sua capacidade laboral, social e intelectual para que possa desfrutar de uma boa qualidade de vida.	CONCEITO SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 20	Ribeiro (1996, p. 16) esclarece que, Se antes tudo era centrado no psiquiatra e na doença mental, recentemente a ação interdisciplinar trouxe o psicólogo, o assistente social psiquiátrico, o professor de educação física, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o próprio psiquiatra numa ação integrada que visa a promoção da saúde.	CONCEITO SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 28	No entanto, esta reforma propõe uma melhoria no atendimento aos pacientes com doenças mentais tentando, gradativamente, uma inclusão social dos mesmos, ao mesmo tempo propõe abandonar o chamado “tratamento em série”, no qual vários pacientes eram tratados de maneira igual, não importando o “sujeito” e sem levar em conta que cada paciente é único, sendo necessário o respeito a sua dignidade e aos seus direitos.	REFORMA PSIQUIATRÍCA
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 31	Neste período, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira) do Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, bem como o início do processo de intervenção, que ocorreu em 1989, em um hospital psiquiátrico (Casa de Saúde Anchieta) local de maus-tratos e numerosas mortes de pacientes. A partir desta intervenção, demonstrou-se possível a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, foram implantados, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas; também foram criadas cooperativas e associações voltadas para auxiliar os familiares dos usuários a melhor lidar e entender a sua situação.	REFORMA PSIQUIATRÍCA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 34	Existem hoje, no país, 761 CAPS I implantados, 418 CAPS II, 55 CAPS III, 128 CAPSi e 258 CAPSad, totalizando 1620 CAPS no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 35	O acolhimento é o primeiro passo que deve ser tomado quando o usuário chega à instituição (ser ouvido em seu sofrimento), compreendido a situação de forma mais abrangente possível, iniciando um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 35	Juntamente com a equipe multidisciplinar, é construída uma estratégia terapêutica para cada usuário, pois todo o trabalho desenvolvido na instituição deverá ser realizado, em um “meio terapêutico”, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço. Tudo isto é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 35 – 36	Após estabelecer o projeto terapêutico individual do usuário, o CAPS disponibiliza três tipos de atendimento: atendimento intensivo, que se trata de uma atenção diária e é oferecido ao indivíduo que se encontra com grave sofrimento psíquico; atendimento semi-intensivo, que é destinado ao paciente quando o seu sofrimento e a desestruturação psíquica já minimizaram, melhorando assim as possibilidades de relacionamento, mas o usuário ainda necessita de acompanhamento direto da equipe multidisciplinar para se estruturar e recuperar sua autonomia; atendimento não-intensivo, que é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias durante o mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 37	O Serviço Social na área de Saúde Mental começou, no Brasil, “[...] como assistência aos trabalhadores para amenizar a relação entre capital e trabalho” através da intervenção em fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, p.20). No entanto, o Serviço Social passou a fazer parte da área da saúde, sendo registrado como seu início em Saúde Mental o ano de 1946, influenciado pelo movimento de higiene mental da Europa.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 38	Vasconcelos (2006, p. 185) resume a citação acima, esclarecendo que: A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.	CARACTERISTICA SS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 38 – 39	Os assistentes sociais atuam na reintegração social dos usuários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Residências Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Suas ações nesses espaços referem-se à natureza da profissão, atuando junto à equipe interdisciplinar na efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o usuário e sua família. Nesse campo, os assistentes sociais são também profissionais da área da saúde.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 39	Conforme análise e atuação durante a experiência de estágio no CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e adolescentes, os assistentes sociais realizam atendimento individual (orientação); trabalho em grupos com os usuários e sua família (oficinas terapêuticas, e de geração de renda); visitas domiciliares com o objetivo de verificar a situação socioeconômica e familiar, buscando também recursos disponíveis na comunidade para reinserção social desses sujeitos; atividades comunitárias, entre outras.	EXEMPLO PARA CAP 3

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 39	Conforme a Lei no 8.662/93 Art. 4o - Constituem competência do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 39 – 40	Também, de acordo com a experiência citada anteriormente, foi possível identificar na prática profissional que cabe também ao assistente social: mobilizar os usuários tendo como base os preceitos da Reforma Psiquiátrica; trabalhar em prol da garantia dos direitos e exercício pleno da cidadania; intervir, juntamente com a equipe interdisciplinar, visando à troca de experiências e planejamento de estratégia de atuação; reinserir os usuários à sociedade, facilitando o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 40	Uma das críticas realizadas por alguns autores referem-se ao fato de que os serviços públicos articulam-se em rede, organizados em modo de pirâmide. Na base, há um conjunto de serviços responsáveis pela atenção primária, oferecida aos usuários do sistema de saúde. No meio da pirâmide, estão os serviços de média complexidade e, no alto, os de alta complexidade, como os serviços hospitalares (CECILIO, 1997).	SUS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 40	Barros (2003) chama a atenção para a burocracia existente nas redes de saúde, especialmente, no caso da Saúde Mental, cuja situação se agrava, já que, historicamente, vem se consolidando o modelo hospitalocêntrico. Fato como este exclui o portador de transtorno mental do atendimento na rede de saúde.	RELAÇÃO SUS E SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 41	Ao atuar em um CAPS é pertinente que o assistente social seja capaz de: mobilizar o usuário para o exercício pleno da cidadania; orientar os usuários e seus familiares sobre benefícios; participar e elaborar programas e projetos sociais; elaborar estudos socioeconômicos, a fim de conhecer a realidade social em que o usuário está inserido; explorar os recursos comunitários existentes; elaborar projetos que favoreçam a reinserção social do usuário e de sua família; orientar os usuários para recebimento de benefícios; realizar orientação familiar; promover atividades comunitárias; participar de reuniões técnico-administrativas; supervisionar estágios na área do Serviço Social; participar das reuniões de matriciamento em Saúde Mental com a atenção básica; realizar contatos e reuniões com a rede intersetorial (Conselho Tutelar, Juizado, etc.). Esses dados também são oriundos da experiência de estágio no CAPSi e também de acordo com os relatos feitos pela assistente social supervisora de campo.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 42	“Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”. (MARTINELLI, 1994 p. 137). Os instrumentais técnicos mais utilizados na ação profissional da assistente social junto ao CAPS são: reuniões, pareceres sociais, estudos socioeconômicos, visitas domiciliares e institucionais (escolas, hospitais, projetos sociais), contatos com a rede intersetorial, entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos, atendimento individual e em grupo e preenchimento de prontuários.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 42	Conforme Guerra (2002, p.2), [...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível social: no nível do cotidiano.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 42	Conclui-se, portanto, que o instrumental técnico-operativo é o “fio condutor” para se compreender e, consequentemente, transformar a realidade em que o indivíduo está inserido, tendo um objetivo claro e uma intencionalidade pré-definida.	CARACTERISTICA SS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 42 – 43	O trabalho interdisciplinar vem ganhando espaço e força entre os profissionais e pesquisadores da área de Saúde, e também nas discussões e reflexões entre estudantes de Graduação e Pós-Graduação. É comum encontrar, na literatura, várias experiências sobre a importância da atuação interdisciplinar, visando à melhor conduta para o paciente e, também, a busca de um aprimoramento na visão de trabalho, no sentido de compartilhar conhecimentos e experiências como objetivo de uma vida saudável (OLIVEIRA, 2000).	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 43	Arruda (1996, p. 9) aponta outras razões imprescindíveis para uma atuação interdisciplinar em um trabalho integrado em Saúde Mental: 1. A complexidade crescente em saúde mental. 2. A conscientização da comunidade científica de que o campo de atuação de um único profissional isolado pode apresentar importantes limitações. 3. A impossibilidade de uma única área de atuação profissional abarcar todo o conhecimento teórico e prático. 4. As dificuldades existentes para o planejamento adequado de qualquer política de saúde ou de qualquer serviço ligado à Saúde Mental.	RELAÇÃO SS NA SAÚDE MENTAL
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 45	A família possui “uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente” (WHALEY; WONG, 1989; p. 21). Pode-se, então, afirmar que a estrutura da família é composta por indivíduos com posições reconhecidas socialmente. A família nuclear é formada por um homem, uma mulher e pelos filhos, sejam eles biológicos ou adotivos. No entanto existem cada vez mais novos arranjos familiares, com características bem distintas umas das outras.	CARACTERISTICA SS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 45 – 46	A atenção à família já faz parte da história do assistente social, uma vez que, segundo Neder (1996), os assistentes sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, em outros, não a levam em consideração. É comum perceber, principalmente no membro que se apresenta como cuidador, as consequências resultantes do preconceito, despreparo e desinformação, que se manifestam pelo próprio isolamento, distanciamento de amigos e familiares, enfim, comprometem-se as relações sociais, muitas vezes por opção do indivíduo que prefere evitar possíveis situações e/ou comentários vexatórios que venham a ocorrer.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 46	O trabalho do assistente social junto às famílias dos Portadores de Transtornos Mentais deverá estar direcionado ao fortalecimento dos laços para com o membro que necessita de atenção e cuidados especiais e também na luta contra o estigma social pelo qual os portadores de transtornos mentais e suas famílias são submetidos.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 46	É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos.	CARACTERISTICA SS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 46 – 47	O assistente social deve também se disponibilizar as famílias dos portadores de transtornos mentais, para escutá-las, demonstrando interesse e levando em consideração a importância para com os seus problemas. No entendimento de Bussula, Oliveira e Volpato (2010, não paginado) atitude como essa visivelmente simples e que poderia ser realizada por qualquer outra pessoa, mesmo sem formação acadêmica, é, na verdade, uma etapa do caminho a ser percorrido na busca de algo maior, cujo diferencial está na intencionalidade do assistente social que pode se deixar levar pelos limites institucionais e outros desafios a serem superados ou então propor e efetivar mudanças na realidade dessa família vítima da exclusão social.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 47	Este estudo objetivou refletir acerca do papel dos assistentes sociais no âmbito da Saúde Mental. Observou-se que esse profissional tem atuado, principalmente, no sentido de proporcionar aos portadores de transtorno mental uma melhor qualidade de vida, atuando na consolidação de seus direitos. O trabalho realizado, a partir de pesquisa bibliográfica e da experiência de estágio em duas instituições que atuam em Saúde Mental, comprovou que o assistente social tem fundamental importância nessa área.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 48	A Reforma Psiquiátrica vem oportunizando uma nova maneira de cuidados e atenção para com os usuários, embora se saiba que é preciso ir além. Apesar de todas as conquistas obtidas com o processo da Reforma, sabe-se que é preciso investir mais na construção da autonomia e da cidadania dos portadores de transtorno mental, criando estratégias, para que os usuários dos serviços de Saúde Mental sejam contemplados em seus direitos.	CARACTERISTICA SS

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 49	Além disso, existe a necessidade de incluir disciplinas no curso de graduação de Serviço Social na área da Saúde Mental devido à importância de preparar bons profissionais para esse emergente campo de atuação. Nesse sentido, há ainda muitas lacunas, havendo poucas disciplinas relacionadas ao tema em questão no curso de serviço Social e pouca produção teórica em geral.	CARACTERISTICA SS
KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica E Os Caps - Centros De Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 3. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC_AMANDA_KNOPP.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 30 set. 2016.a	KNOPP P. 55	PROJETO DE LEI N.º 3.657 DE 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Redação final do Substitutivo do Senado Federal.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN P. 74	Um dos aspectos importantes dentro desse processo de reorientação da atenção em saúde mental diz respeito à capacitação dos Acompanhantes Terapêuticos (AT) para que possam dar suporte às diversas equipes espalhadas na rede de saúde. A presença dos AT é um dispositivo fundamental no processo de reforma psiquiátrica e de inserção dos portadores de transtornos mentais na vida extramaneirial. É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como locais para processar sua ação, na medida em que visa à circulação do usuário na cotidianidade ao investir em estratégias de enlace social. Tal modalidade de atenção não é restrita a um grupo específico de técnicos, mas pode ser exercida por diferentes pessoas que, após treinamento adequado, podem exercer a função de acompanhantes terapêuticos.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena , v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006 . Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN P. 75	O apoio matricial é diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência, porque implica a responsabilidade compartilhada dos casos. Visa, portanto, aumentar a capacidade resolutive da equipe local.	MATRICIAMENTO
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena , v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006 . Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN P. 76	O segundo grupo de problemas/desafios para a política de saúde mental pode ser identificado a partir do relato trazido, no início do texto, a respeito dessa vontade que alguns usuários demonstram de permanecerem hospitalizados e sob a tutela do Estado. Os autores apontaram que, para eles, o hospital representa um local seguro diante dos perigos da cidade, considerada perigosa e hostil à loucura, garante condições básicas de sobrevivência (abrigo, alimentação, roupa limpa etc) e de tratamento de saúde (medicação e assistência). O hospital-albergue, por assim dizer, os protege, também, do retorno ao mundo do trabalho, extremamente competitivo e desigual, bem como da falta de programas e equipamentos sociais que viabilizariam seu acolhimento na vida extramaneirial.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena , v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006 . Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN P. 76 – 77	Novamente nos deparamos com argumentos absolutamente pertinentes e legítimos quando sabemos que a grande maioria das pessoas que vive muitos anos confinada em hospitais psiquiátricos tem comprometimentos importantes em termos de suas habilidades e de seu trânsito fora do ambiente hospitalar. Ou seja, é preciso enfrentar a absoluta falta de uma rede de equipamentos sociais – comunitários e familiares - que sirva de base de apoio e de local de acolhimento, diversão e encontro para que as pessoas não fiquem confinadas nas instituições, ou mesmo na família, e circulem pelas cidades. Nesse sentido, as residências terapêuticas e os acompanhantes terapêuticos são dispositivos potentes para propiciar a inserção do portador de transtorno mental na cidade, para fazê-los circular por outros circuitos, que não os cronicantes.	CARACTERISTICA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena , v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006 . Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 30 set. 2016.	DIMENSTEIN P. 78	Ancoramo-nos em Santos (2001) para pensar a reforma psiquiátrica como movimento social mais amplo onde “as formas de opressão e de exclusão contra as quais lutamos não podem ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mas exigem uma reconversão global dos processos de socialização” (p. 261). Ou seja, trata-se de um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego à formas de vida institucionalizadas, em que é preciso produzir “um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão” (ABOU-YD E SILVA, 2003, p. 41), abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação. Ou seja, é fazer a revolução do dia-a-dia dentro e fora dos serviços de saúde.	REFORMA PSIQUIÁTRICA

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 6	Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975) . O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.	CONCEITO ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 6	Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: <ul style="list-style-type: none"> • ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; • estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; • política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes Encontros. 	CONCEITO ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 11	É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida.	GRUPO DE ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 13	Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada: • ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável • ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 15	Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravamento ou do grau de sofrimento.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 15 – 16	Evidentemente que todas essas práticas não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Para superar tais dificuldades, é necessário que outras técnicas e outros saberes sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de saúde.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 16	A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 16 – 17	É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO
SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 04 out. 2016.	Ministério da Saúde P. 18	O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.	CARACTERISTICA ACOLHIMENTO

REFERÊNCIA	CITAÇÃO	TRECHO DO TEXTO	FLAG
<p>SAÚDE, Ministério da. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 85-334-1268-1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 04 out. 2016.</p>	<p>Ministério da Saúde P. 21</p>	<p>O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos</p>	<p>CARACTERISTICA ACOLHIMENTO</p>